

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 juillet 1896 à 1 heure

PAR

Sigismond MONSIORSKI

MÉDECIN DE LA FACULTÉ DE VARSOVIE

Né le 15 novembre 1866 à Skalbimiez (Pologne)

ÉTUDE HISTORIQUE

sur

L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

Président : PINARD, professeur.

Juges : MM. { MARCHAND, professeur.
VARNIER ET DELBET, agrégés.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1896

471

ÉTUDE HISTORIQUE
SUR
L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556006_0022

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 juillet 1896 à 1 heure

PAR

Sigismond MONSIORSKI

MÉDECIN DE LA FACULTÉ DE VARSOVIE

Né le 15 novembre 1866 à Skalbierz (Pologne)

ÉTUDE HISTORIQUE

SUR

L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

Président : PINARD, professeur.

*Juges : MM. { MARCHAND, professeur.
VARNIER ET DELBET, agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. BROUARDEL
Professeurs MM.

Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique Médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie	POUCHET
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUSS
	N.
Clinique médicale	POTAIN
	JACCOUD
	HAYEM
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND
	BERGER
Clinique chirurgicale	DUPLAY
	LE DENTU
	TILLAUX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchements	TARNIER
	PINARD

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	RCGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERRY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON.	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHAMTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques	WALTHER
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVENT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine.

INTRODUCTION

La littérature de l'insertion vicieuse du placenta est une des plus riches; les conquêtes de la science sur cette question sont dispersées çà et là, de sorte qu'on ne peut avoir aucun doute sur l'utilité du travail, qui aurait pour but de ranger toutes ces connaissances, sur l'utilité de la monographie sur le placenta prævia. Mais au-dessus de cet intérêt de la nature pratique s'élèvent plusieurs questions d'une première importance. On peut trouver presque dans tous les traités d'accouchement l'énumération des différentes méthodes du traitement de l'insertion vicieuse du placenta, on peut trouver là un peu d'anatomie et d'étiologie, enfin une esquisse assez brève de la maladie. Mais cherchez une étude complète, le travail qui puisse donner l'idée de la façon dont les différentes méthodes du traitement se sont développées les unes des autres, quelle est

la relation entre elles, quelles sont les idées, qui ont suggéré telle ou telle manière d'agir, quelles sont les relations entre les idées sur l'anatomie, séméiologie d'un côté, et le traitement de l'autre ; c'est en vain, vous ne le trouverez pas. Il n'existe pas d'*histoire de l'idée sur l'insertion vicieuse du placenta* ; c'est elle, c'est sa vie, son développement, son état actuel qui seront l'objet de notre travail. Mais si ce travail n'a pas son précédent, pourquoi plutôt cette question a-t-elle été choisie de préférence à plusieurs autres, qui présentent encore tant d'intérêt dans l'obstétrique ? On dit, non sans raison, que la guerre entraîne, qu'elle allume chez les combattants ce qui est plus que l'élan ; on pourrait en dire autant de la lutte qui s'engage tous les jours à plusieurs points de vue dans la science. Nous nous trouvons en face d'une lutte que l'on peut sans exagération qualifier d'acharnée ; d'un côté quelques-uns des défenseurs du tamponnement, comme la méthode du traitement du placenta prævia, non seulement condamnent la rupture des membranes, qu'elle soit large ou non, mais affirment que l'invention de cette méthode appartient exclusivement à Puzos ; d'un autre côté le promoteur de la rupture

large des membranes la préconise comme une nouvelle méthode, en baptisant de « meurtrière » la méthode du tamponnement ; cette opinion est partagée par certains partisans de la version bipolaire.

Non-seulement le côté clinique, les moyens thérapeutiques entrent en jeu, mais l'histoire elle aussi demande la vérité. Plusieurs observations ont servi aux partisans de telle ou telle autre méthode pour prouver son efficacité, et, ce qui est plus curieux, les mêmes observations par l'élimination artificielle d'un certain nombre de cas ont conduit à des résultats différents. Nous ne voulons pas autant juger nous-mêmes des différentes méthodes, que présenter en quoi elles consistent, présenter les faits de divers observateurs qui militent pour ou contre elles.

Mais la vérité historique, qui est une condition *sine quâ non* de toute histoire, va nous éclairer sur un autre côté de la lutte ; la rupture large des membranes est-ce la méthode Puzos ou non, et si non, en quoi diffère-t-elle ?

Chemin faisant, nous aurons l'occasion de montrer plusieurs opinions fausses, qui une fois introduites, sont répétées sans contrôle par plusieurs

auteurs. L'histoire du développement de l'idée sur le placenta prævia va nous permettre non-seulement de bien comprendre cette question, mais aussi d'établir la vérité où elle est nécessaire. Tout en attachant l'importance à rendre « suum cuique », à rechercher l'auteur, à qui nous sommes redevables de la nouveauté quelconque, nous ferons remarquer que nous ne faisons pas l'histoire des auteurs; l'ouvrage de M. Pluyette nous suggère cette précaution, parce qu'il présente une liste chronologique des auteurs avec un bref résumé de leurs travaux. Nous partons toujours des faits, qui sont actuellement reconnus ou contestés, mais qui présentent un sujet de travaux actuels; ensuite nous remontons à l'origine de ces faits et suivons leurs développements. Grâce à cette disposition nous avons été obligé de lire et de relire plusieurs travaux. Puisse notre travail être une source pour ceux qui voudraient savoir quel est l'état réel des différentes questions sur l'insertion vicieuse du placenta. On trouvera dans ce travail un bon nombre de citations, qui peuvent servir comme documents et dispenser de recherches pénibles dans les vieux livres. Le travail actuel comprend

6 parties : 1° l'anatomie, 2° l'étiologie et la pathologie; 3° la sémiotique; 4° le diagnostic; 5° le pronostic; et enfin le traitement.

Anatomie

L'étude anatomique de l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus comprend : 1° la délimitation la plus précise de cette zone dangereuse, où le placenta étant inséré, les phénomènes pathologiques s'en suivent sans autre cause que par le lien même d'insertion; 2° l'étude de particularités du placenta inséré vicieusement; 3° et enfin les rapports divers entre la paroi du segment inférieur et le placenta. Cette division serait suffisante pour l'étude de l'état actuel de cette question. Mais c'est en vain que nous chercherions chez les auteurs, même pas trop anciens, les indications sur ces sujets. L'esprit des premiers observateurs se contentait, pour la plupart, de la recherche des moyens pratiques pour combattre les symptômes dangereux ou incommodes des maladies : c'est la cause que plusieurs auteurs non seulement ne s'occupent point de détails

anatomiques de l'insertion vicieuse du placenta, mais même ne se posent pas la question, quelle peut être la cause de ce phénomène, qui les occupait tant et qui, dans notre question, est l'hémorrhagie.

Voilà pourquoi la plus grossière connaissance du placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus a dû se limiter à la constatation simple de cette particularité anatomique. C'est grâce à une longue évolution que la question se présente si complexe, comme nous l'avons présentée plus haut. En suivant l'ordre de l'évolution des idées, nous abordons notre sujet par les recherches sur les premières constatations du placenta prævia, c'est à dessein que nous nous servons de ce terme qui marque les premiers pas dans le développement de la question dont la dénomination actuelle suppose la connaissance infiniment plus profonde des phénomènes qui la composent.

ÉTUDE HISTORIQUE SUR L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

CHAPITRE PREMIER

Premières révélations de l'insertion vicieuse du placenta.

Tous les auteurs pensent, que pour les anciens le placenta était toujours inséré au fond de la matrice; quelques-uns affirment même que les anciens ne connaissaient pas l'existence du placenta prævia. Pour nous cette opinion n'est pas vraie. En tous cas on ne peut accuser les anciens qu'ils se soient donné trop de peine pour la description et l'élaboration de la question, à tous points de vue si importante.

Hippocrate (t. VII, p. 493) dit : « Quant à la semence qui est dans une membrane, elle croît par le sang de la mère descendant aux matrices... Donc le sang descendant de tout le corps de la femme se range circulairement autour de la membrane en dehors. Attiré en

de la matrice se trouve ouvert : le chirurgien doit considérer, si c'est l'enfant ou si c'est l'arrière faix qui se présente le premier. Car le plus souvent c'est l'arrière faix, qui *tombe au col de la matrice*, et qui le bouche de telle sorte que l'enfant avec les eaux ne peut se présenter, etc. »

Guillemeau comprend déjà, que c'est le placenta, qui se présente le premier; il comprend que c'est lui qui est une cause de l'hémorrhagie; mais le simple fait de la formation du placenta sur le segment inférieur de l'utérus lui échappe encore.

Guillemeau croit que le placenta se décolle du fond de l'utérus et tombe sur le col; il n'est pas frappé de ce fait, que parfois il est impossible de « détourner l'arrière faix », que dans ce cas il faut le « fendre en deux avec ses doigts, afin de donner passage à la main. » Et la manière de voir de Guillemeau se généralise et règne longtemps; au début c'est l'unique, qu'on puisse admettre, et elle doit bientôt céder un peu de terrain à une idée nouvelle. Portal, en 1685 cite plusieurs observations dans lesquelles le placenta adhérait à l'orifice interne du col; mais ces faits ne constituent pas encore pour nous une preuve, que Portal connut le vrai placenta prævia, c'est-à-dire placenta inséré primitivement à l'orifice interne du col. De même nous ne voyons pas de preuves suffisantes dans les extraits suivants : « Dans six cas l'arrière faix se présentait et bouchait l'orifice de la matrice de tous les côtés avec adhérence de toutes les parties. » Et

plus loin « L'anneau interne étant ouvert le placenta qui était adhérent à tout le pourtour de l'orifice était la cause de la perte, qui augmentait toujours à mesure que l'ouverture de l'anneau s'aggrandissait. » Portal vivait à l'époque, où l'on soupçonnait partout sans le vouloir, la théorie de la chute du placenta d'avec le fond utérin. Mais voici enfin le passage, qui prouve d'une manière irréfutable, que Portal connaissait le placenta prævia réel : « Le placenta ne s'attache pas toujours sur le fond de la matrice ; quelquefois il peut s'insérer au voisinage du col, et vers la fin de la grossesse, quand celui-ci vient à se dilater, le placenta se déchire etc. » Mais l'idée de Portal a dû rester encore longtemps unique et inconnue.

Mauriceau partage l'opinion de ses contemporains. L'opinion de Peu (1694) ne laisse aucun doute : « il peut arriver, dit-il, que l'arrière faix *totale*ment *détaché* se présente le premier au passage et l'occupe. »

Dionis professe cette manière de voir en 1718; Deventer encore écrivait en 1733; « de même lorsque le placenta se détache de l'utérus et que sa partie la plus épaisse se présente à l'orifice, il empêche l'enfant de sortir. C'est ce, qu'on sent d'abord au toucher... Un second signe de la chute du placenta est la perte de sang, etc. » Mais Deventer est frappé de l'adhérence du placenta prævia à la paroi de l'utérus, il dit » aussitôt que l'enfant est venu, faire l'extraction de l'arrière faix, que le sang caillé colle quelquefois si

de la matrice se trouve ouvert : le chirurgien doit considérer, si c'est l'enfant ou si c'est l'arrière faix qui se présente le premier. Car le plus souvent c'est l'arrière faix, qui *tombe au col de la matrice*, et qui le bouche de telle sorte que l'enfant avec les eaux ne peut se présenter, etc. »

Guillemeau comprend déjà, que c'est le placenta, qui se présente le premier; il comprend que c'est lui qui est une cause de l'hémorrhagie; mais le simple fait de la formation du placenta sur le segment inférieur de l'utérus lui échappe encore.

Guillemeau croit que le placenta se décolle du fond de l'utérus et tombe sur le col; il n'est pas frappé de ce fait, que parfois il est impossible de « détourner l'arrière faix », que dans ce cas il faut le « fendre en deux avec ses doigts, afin de donner passage à la main. » Et la manière de voir de Guillemeau se généralise et règne longtemps; au début c'est l'unique, qu'on puisse admettre, et elle doit bientôt céder un peu de terrain à une idée nouvelle. Portal, en 1685 cite plusieurs observations dans lesquelles le placenta adhérait à l'orifice interne du col; mais ces faits ne constituent pas encore pour nous une preuve, que Portal connut le vrai placenta prævia, c'est-à-dire placenta inséré primitivement à l'orifice interne du col. De même nous ne voyons pas de preuves suffisantes dans les extraits suivants : « Dans six cas l'arrière faix se présentait et bouchait l'orifice de la matrice de tous les côtés avec adhérence de toutes les parties. » Et

plus loin « L'anneau interne étant ouvert le placenta qui était adhérent à tout le pourtour de l'orifice était la cause de la perte, qui augmentait toujours à mesure que l'ouverture de l'anneau s'aggrandissait. » Portal vivait à l'époque, où l'on soupçonnait partout sans le vouloir, la théorie de la chute du placenta d'avec le fond utérin. Mais voici enfin le passage, qui prouve d'une manière irréfutable, que Portal connaissait le placenta prævia réel : « Le placenta ne s'attache pas toujours sur le fond de la matrice ; quelquefois il peut s'insérer au voisinage du col, et vers la fin de la grossesse, quand celui-ci vient à se dilater, le placenta se déchire etc. » Mais l'idée de Portal a dû rester encore longtemps unique et inconnue.

Mauriceau partage l'opinion de ses contemporains. L'opinion de Peu (1694) ne laisse aucun doute : « il peut arriver, dit-il, que l'arrière faix *totale*ment *détaché* se présente le premier au passage et l'occupe. »

Dionis professe cette manière de voir en 1718; Deventer encore écrivait en 1733; « de même lorsque le placenta se détache de l'utérus et que sa partie la plus épaisse se présente à l'orifice, il empêche l'enfant de sortir. C'est ce, qu'on sent d'abord au toucher... Un second signe de la chute du placenta est la perte de sang, etc. » Mais Deventer est frappé de l'adhérence du placenta prævia à la paroi de l'utérus, il dit » aussitôt que l'enfant est venu, faire l'extraction de l'arrière faix, que le sang caillé colle quelquefois si

étroitement à l'orifice de l'utérus ou au vagin, qu'on le prendrait pour une excroissance de la partie. »

Même Puzos, qui est devenu célèbre par sa méthode de traitement dit en 1759, que la cause la plus fréquente de l'hémorrhagie sur la fin de la grossesse est « le décollement de quelque portion du placenta d'avec le fond de la matrice. » En parlant de la rupture de l'utérus (p. 412) il s'accorde avec Levret sur l'attache du placenta dans une des parties latérales de la matrice, mais le placenta prævia s'était tout simplement « collé sur l'orifice de la matrice, qu'il tenait hermétiquement clos et qu'il empêchait sa dilatation lors du terme de l'accouchement. » Deux années plus tard nous trouvons encore chez Astruc la même théorie : « Quelquefois le placenta se détache aussi vite, que l'enfant, tombe même devant lui sur l'orifice de la matrice et c'est le cas dont il s'agit ici. C'étaient les derniers échos de la théorie de la chute ; nous les avons avancés, pour marquer sa fin ; mais si l'opinion de Dionis était déjà retardée, il faut s'étonner, que Deventer (1733), Puzos (1759), et Astruc (1762) pouvaient ne pas savoir les résultats des nouvelles recherches, qui depuis 1709 se vulgarisaient de plus en plus. Si l'année 1685 est celle où Portal a établi cliniquement l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col ; l'année 1709 est celle, où le fait de l'insertion (et non de la présence) du placenta sur l'orifice interne du col est constaté anatomiquement.

Schacher, professeur de Leipzig, a eu l'occasion de

faire l'autopsie d'une femme enceinte, qui était morte d'hémorrhagie. Dans la thèse de Seiler, faite sous son inspiration nous lisons : « Sur la partie inférieure de l'utérus se trouvait le grand et gros placenta ; il s'élevait plus haut en avant qu'en arrière, et couvrait totalement le col de l'utérus et son orifice. Sans doute le placenta était à cette place déjà dès le début de la grossesse, puisqu'il n'était pas séparé de la matrice, mais si fortement réuni (*verwachsen*) avec elle et avec le col, qu'il n'a pas pu être séparé sans efforts. »

Six années plus tard, en 1715 von Horn écrivait sur un cas d'hémorrhagie : « La cause en est dans l'arrière faix, qui au début de la conception au grand détriment de la vie de la femme, a pris son point d'insertion sur ou dans l'orifice du col et s'y est greffé.

La nouvelle idée faisait du progrès quoique les incrédules ne manquaient pas ; par exemple Simpson, professeur d'anatomie à Saint-Andrews enseignait (*Simpson Edinbourg. méd. Essays, 1717*) que le placenta adhère invariablement à la cavité du fond (de l'utérus) qu'il est enraciné là et ne peut jamais plus changer de place. »

Bientôt, en 1723, dans un mémoire adressé à l'Académie, Petit fait la même constatation anatomique en France, qui déjà a été faite en Allemagne par Schacher.

En 1730 William Giffart, qui ne connaissait pas les faits constatés par Schacher et Petit, écrit à propos d'une hémorrhagie due à une présentation placentaire : « Je ne puis accepter comme toujours vraie l'opinion

de tous les auteurs qui disent que le placenta est toujours inséré sur le fond de l'utérus car dans ce cas comme dans beaucoup d'autres j'ai toute raison de penser qu'il adhérerait sur l'orifice interne ou tout près et qu'en se dilatant celui-ci occasionna la séparation du délivre et par suite l'hémorrhagie. »

Brunner, en 1730, prouve dans sa thèse la possibilité d'insertion du placenta sur l'orifice interne du col, en même temps qu'il fait l'étude clinique de cet état pathologique.

En 1732, Friederici dans sa thèse confirme les faits constatés par Schacher et Petit.

Nous voyons que depuis 1709 la vraie conception du placenta prævia se répand peu à peu; nous avons cité les auteurs, qui ont le plus grand mérite dans les révélations et les documents qui ont servi à l'appui de nos assertions.

Devant ces faits le mérite de Levret, qui d'après Leroux et plusieurs autres aurait prouvé le premier, que le placenta prævia prend son insertion dans la partie inférieure de l'utérus, est un peu diminué. En 1753, il écrivit : « Le placenta peut s'attacher dans tous les points de la surface interne de la matrice sans en excepter même la circonférence de son orifice interne; néanmoins on prétend que le placenta s'implante beaucoup plus souvent dans le fond de la matrice, que dans toute autre partie de ce viscère. »

Smellie, en 1754, émet la même opinion.

L'ouvrage de Brand (1770) présente un pas en avant

dans les recherches anatomiques sur le placenta prævia. Nous commençons par certains extraits de cet ouvrage, notre deuxième chapitre; ce que nous voudrions relever ici, c'est l'excellente critique de Brand sur la théorie « de la chute du placenta » et les preuves de la possibilité d'insertion du placenta sur toute la surface interne de l'utérus. Sa critique se compose de 3 points : 1° il n'y a pas de force qui pourrait produire le décollement du placenta et sa chute sur l'orifice interne; 2° le chorion est inséré sur toute sa surface à la paroi de l'utérus; 3° le placenta ne peut pas tomber si les membranes sont intactes. Quant à la possibilité de l'insertion du placenta sur la partie inférieure de l'utérus, il la prouve en disant : « Chorion universo parti matricis internæ hinc et locis ostio vicinis involucri membranacei seu tomentosi interventu adheret, cur igitur placenta se non simili ratione adfigere posset. Nec obstat uterum prope cervicem deusiozem esse paucioribusque pingi vasis quum saltem æquus si non major eorum hic sit numerus, ac in përitoneo, cui tamen se adfixit placenta. Hoc igitur tantummodo probaret secundas difficilius et hinc forsau rarius cervici uteri adfixas inveniri. »

CHAPITRE II

Histoire de l'anatomie du segment inférieur de l'utérus

L'ouvrage de Brand, constitue pour nous ce qu'on pourrait appeler le germe de l'idée sur le placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus. Jusqu'à son temps, l'attention des observateurs n'était attirée, que sur le placenta inséré sur l'orifice interne du col et sur l'hémorrhagie qui l'accompagne. Brand parle le premier du placenta qui étalt inséré plus ou moins loin de cet orifice, et en même temps par le fait de l'hémorrhagie observé dans les deux cas, il assimila cette insér-tion à celle sur l'orifice interne du col de l'utérus.

Il va plus loin; il veut expliquer le lien qui existe entre le lieu d'insertion et le terme d'apparition d'hémorrhagie.

« Et hac varia, quam placenta aberrans habet, sede, causam adsignare valemus cur aliis feminis, citius aliis tardius sanguinis profluvium, ex hoc secundarum situs vitiò nascens, incommodet. Prout enim propius ad cervicem, vel magis remote inscribitur variabunt quoque mutationes quas ejus nexus patitur. Si propius abest

ab ostie uteri interno gravidatis terminum fere attingere poterit femina; abtamen vix ac nec vix quidem, si longius. *Segmentum uteri inferius et cervix, extensione a superiori ad inferiora pergente sensim dilatantur. Eo serius igitur pars segmenti inferioris vel cervicis distrahitur quo est inferior; hinc eo tardius quoque separatur placenta et hemorrhagia invadit quo propior ori uteri est placentae sedes.*

Sa théorie de production d'hémorrhagie est contraire à celle de Duncan; mais ce sujet sera traité plus loin. Nous avons dit plus haut ce qui est le plus important pour le moment, c'est que le placenta inséré sur le segment inférieur est entré dans les cadres du placenta praevia proprement dit. Un contemporain de Brand, Deleurye, dont l'ouvrage a apparue la même (1870) n'en parle pas. En général nous sommes à 1770 encore très loin de notre idée contemporaine sur le segment inférieur; ce n'est pas autant le vrai « segment inférieur » qui va nous occuper maintenant, mais les idées sur la partie inférieure de l'utérus sur sa provenance et sa formation, les idées, qui ont été appliquées plus tard à l'explication des questions relatives au vrai « segment inférieur ». Deleurye dit: « si la matrice sur les derniers mois est obligée *d'emprunter de son col* pour fournir à son extention, il se détachera quelques petites portions du placenta, l'orifice interne se dilatant et détruisant les adhérences qu'il a contractées, la perte paraîtra plus tôt. Leroux dit de même, que « ces parties (c. a. d. le fond et la partie postérieure

et antérieure) prêtent presque seules pendant les cinq ou six premiers mois de la grossesse; enfin elles font violence sur le col qui est obligé de prêter à son tour ».

Cette opinion n'était pas nouvelle, parce que Mauriène en 1668 croyait aussi que le col « grandit et s'amollit jusqu'au 6^{me} mois, après quoi, il diminue dans toutes les dimensions tellement, qu'à la fin de la grossesse, il est tout applati. » (Varnier)

L'opinion de la fin du XVIII^{me} et du commencement du XIX s., nous fait croire, que le col dès le sixième mois de la grossesse, sert à l'augmentation de la cavité utérine et par cela même à la formation du segment inférieur de l'utérus. La même idée nous trouvons chez Maygrier en 1817. L'opinion de Stolz doit nous arrêter un instant, parce qu'elle diffère des précédentes. »

Jusqu'au 6^{me} mois, dit-il, la portion vaginale du col de l'utérus paraît plutôt plus longue que raccourcie; mais alors elle commence à perdre de cette longueur et elle s'évase à la partie supérieure; il (l'orifice externe) se rapproche de l'interne, la cavité du col devient par là plus large dans son milieu jusqu'à ce que les deux ne sont plus guère éloignés l'un de l'autre; alors, l'interne s'entrouve le premier, ce qui ne paraît arriver que dans la dernière quinzaine du 9^{me} mois. C'est alors que lorsque le corps et le fond de la matrice sont distendus au point, que leur substance est assez développée et offre une plus grande résistance le

tour en est venu au col, qui étant déjà ramolli, disparaît peu à peu et forme à la fin de la gestation, le segment inférieur de l'utérus ». Et plus loin : « ce qui me fait croire que les 2 orifices se rapprochent et restent également fermés, c'est l'évasement du col à la base de la portion vaginale qui se renfle en effet en devenant moins résistante ; si l'on presse alors sur l'extrémité du col pour l'affaïsser, on sent distinctement une résistance plus haut, dépendante du cercle de l'orifice interne. »

En résumé Stolz croit, que le segment inférieur de l'utérus, se forme au dépens du col, mais seulement dans la dernière quinzaine de la gestation, et non dès le septième mois, comme pensent ses prédécesseurs. Nous verrons plus loin la lutte qui s'engagea entre les observateurs sur la provenance du segment inférieur et sur ses limites ; mais aussi bien cette lutte, comme en général toutes les observations et expérimentations, étaient faites pour la plupart sur le terrain, qui n'avait rien de commun avec le placenta praevia. Néanmoins, nous devons suivre cette évolution, qui nous permettra non-seulement de donner une définition exacte de l'insertion vicieuse du placenta, mais aussi de comprendre plusieurs phénomènes qui l'accompagnent.

Taylor, cité dans le travail de M. Varnier, serait le premier (en 1842) croyant que le col n'éprouve aucun changement de quelque nature que ce soit depuis le temps de la conception jusqu'à celui du travail. Mais la vieille opinion, celle de Mauriceau, Deleurye, Leroux

règne quand même; Krause en 1853 dit que « le col se dilate dès le 5^{me} mois de la grossesse et constitue enfin un quart de longueur totale de l'utérus. Holst, dans son remarquable travail qui a paru la même année que celui de Krause, non-seulement se prononce sur la persistance du col jusqu'au commencement du travail, mais tente de prouver son opinion par les faits suivants :

1) L'hypertrophie de la muqueuse utérine se limite à l'orifice interne du col; la muqueuse du col n'est pas changée... 2) les dimensions du col des vierges, des mères ou des femmes en ménopause, prouvent que le col ne participe pas dans les fonctions de l'utérus, ce qui peut-être expliqué par la différence des nerfs, des vaisseaux et des muqueuses. 3) La longueur du col de l'utérus gravide reste la même qu'en dehors de la grossesse. En 1859 Duncan écrit, que la longueur de la cavité cervicale subit les modifications peu marquées ou même nulles pendant la grossesse.

Spiegetberg (1865), Schroeder (1867), Muller (1868) se prononcent aussi dans ce sens. Muller s'appuie sur la différence des muqueuses du corps et du col, et sur la sensation au toucher de l'orifice interne fermé. Un peu plus tard, il a montré sur le cadavre d'une femme morte dans la 37^{me} semaine de la grossesse que l'orifice du col était fermé. Lott approuve la manière de voir de Muller. Martin publie en 1876 les résultats des recherches pendant 36 années, qui l'ont conduit à la même opinion. La question de la persistance du col jusqu'au commencement du travail semble avoir conquis une

place définitive dans la science, quand Baudl, en 1876 a commencé la série des observateurs qui luttèrent avec ardeur contre cette opinion.

Avant Bandl nous trouvons dans la science des opinions diverses sur les changements du col pendant la grossesse; nous trouvons même l'expression, « le segment inférieur de l'utérus, » qui était employée, comme la définition de la partie inférieure de l'utérus. Mais l'idée du segment inférieur dans le sens que nous lui donnons aujourd'hui, n'a commencé que depuis Brandl. Dans son travail sur la rupture de l'utérus il ne croit pas, que le col ayant avant le travail la longueur de 3-4 cent., puisse être distendu en cas de la rupture jusqu'aux dimensions de 15 cent., ce qui l'a conduit à admettre l'existence du segment inférieur avant le travail.

D'après Baudl « le segment inférieur de l'utérus se forme dans la 2^{me} moitié de la grossesse de telle manière que les couches externes de la musculature du col s'élèvent en dehors de la muqueuse du col et de la caduque de l'utérus et en se dilatant contribuent à l'augmentation de la cavité utérine. En même temps, la différence des muqueuses perd de sa valeur pour l'appréciation des limites entre le corps et le col de l'utérus.

Küstner va plus loin en suivant le chemin tracé par Baudl; ayant trouvé l'épithélium cylindrique sur toute la surface de la caduque du segment inférieur, il croit pouvoir corriger la théorie de Baudl en ce sens, que dans la

grossesse, non-seulement la musculature et le tissu conjonctif, mais aussi la muqueuse du col s'élève jusqu'à l'endroit nommé « orifice interne du col de Braune » ou anneau de Baudl »; que cet endroit constitue pour la muqueuse la limite inférieure du corps de l'utérus, et la limite supérieure du col; que le segment inférieur n'est que la partie supérieure du col.

Deux années plus tard, Kustner donna ou croit avoir donné dans son nouveau travail des preuves à l'appui de ces assertions. 1° Le prolongement des « plicae palmatae » sur la surface du segment inférieur; la différence d'aspect de la surface interne des parties au-dessous et au-dessus de « l'anneau de Baudl » (au-dessus surface chagrinée, ayant très peu de petits orifices glandulaires, au-dessous, surface lisse, avec les grands orifices nombreux): voici les preuves macroscopiques. 2° En outre le microscope démontre sur le caduque du segment inférieur la présence de l'épithélium cylindrique, dont les cellules ne sont que 2-3 fois plus grandes que celle de la muqueuse utérine; s'il s'agissait des cellules de la caduque du corps, elles devraient avoir d'après les recherches de Léopold déjà au 4^{me} mois de la grossesse les dimensions 6 à 10 fois plus grandes, que les cellules correspondantes de la muqueuse du corps utérin; or, Küstner conclut que là, où existe l'épithélium, l'adhérence (Anheftung) des membranes de l'œuf au parois utérines n'a pas pu se produire, et que là où cette adhérence cesse, est l'orifice interne de Braune ou anneau de Baudl. Pour

Küstner le segment inférieur de l'utérus *est formé exclusivement aux dépens de la partie supérieure du col, de telle sorte que d'après lui, l'orifice interne de Braune serait un vrai orifice interne du col*; alors la limite supérieure du segment inférieur de l'utérus serait l'orifice interne du col. »

La critique de la doctrine de Küstner, qui en somme correspondait à la vieille opinion de Mauriceau, Deleurye, Braud, ne se fit pas attendre longtemps.

Saenger la même année met impitoyablement en évidence tout ce qui est invraisemblable dans cette doctrine. En s'appuyant sur les recherches anatomiques de plusieurs auteurs (Reichert, Dohrn, Léopold), il met en doute d'abord la possibilité de la transformation de la muqueuse du col en caduque; Saenger trouve presque surnaturel ce fait que malgré l'emploi des forceps par Küstner, l'épithélium du segment inférieur dans son cas est resté intact, tandis que la surface du col a perdu son revêtement épithélial; enfin si la muqueuse du col forme réellement une caduque, pourquoi cette caduque conserve-t-elle son épithélium, tandis que la caduque utérine ne le possède pas?

Mais c'est probablement la particularité (*Eigenheit*) de la caduque du col « ajoute ironiquement Saenger. Quant aux « *plicae palmatae* » elles cessent si brusquement à l'orifice interne du col, d'après les recherches de Léopold, que cet orifice devrait être cherché dans la limite des muqueuses.

En même temps, que la critique, Saenger donne des

résultats de ses recherches, qui comme on peut le supposer, parlent en faveur de la persistance du col jusqu'au début du travail. Ce que Baudl a appelé anneau de Müller, qui devrait être situé entre l'orifice interne du col et l'orifice externe, à l'endroit où commence la partie dilatée du col, qui devrait d'après la doctrine Baudl-Küstner constituer une limite inférieure du segment inférieur de l'utérus (la limite supérieure serait comme nous l'avons dit plus haut, l'anneau de Baudl); cet anneau de Muller, pour ceux qui parlent en faveur de la persistance du col, n'est que l'orifice interne du col. Saenger insiste, que cet orifice est fermé pendant toute la durée de la grossesse normale. Alors Marchand qui n'est pas partisan de la théorie Bandl-Kustner, publia un article dans lequel il prouva que l'orifice interne du col n'est pas toujours fermé, que notamment dans le cas de Kustner, lui, Marchand, a trouvé aussi la partie supérieure du col dilaté, de sorte, que l'anneau de Muller se trouverait réellement entre l'orifice externe et interne du col. Mais pour Marchand la région entre l'anneau de Muller en bas et l'endroit où cesse l'adhérence des membranes à la paroi interne, en haut, n'est que la partie supérieure dilatée du col et n'appartient pas au segment inférieur de l'utérus. Alors, il ne serait pas étonnant de trouver l'épithélium là, où l'a trouvé Kustner. Les faits publiés par Kustner sont vrais; mais leur explication était fausse.

L'année 1879 était féconde pour les travaux sur l'anatomie du segment supérieur; à côté de ceux de

Kustner, Saenger, Marchand, nous trouvons encore le travail de Langhans et Muller (de Bern). Le travail a paru quelques mois avant celui de Marchand et donne une autre explication des faits cités par Kustner. S'appuyant sur leurs préparations, les auteurs de Bern trouvent l'orifice interne du col fermé pour eux l'anneau de Muller était un orifice interne du col. La partie dilatée, que Langhans et Muller ont trouvée comme Kustner et Marchand au dessus de « l'anneau de Muller » et qui était libre de l'adhérence avec les membranes du fœtus, présente la partie supérieure du segment inférieur de l'utérus; le décollement du reflexa (qui est restée en rapport avec chorion et l'amnios), du vera, (qui n'a pas cessé d'adhérer à la paroi utérine,) ont produit cette image anatomique.

Nous voici en pleine lutte; la question, si le seg. inf. constitue une partie du corps de l'utérus, ou bien il est formé au dépens du col, ne peut-être résolue; chaque manière de voir à ses partisans et ses adversaires. Pour finir des controverses, Schalz (partisan de la théorie Baudl Kustner) propose au 96^me congrès des naturalistes allemands de rejeter cette dénomination « segment inférieur », qui d'après lui ne devrait être employée que pour la définition de la zone située au-dessus de l'anneau de Baudl; c'est-à-dire que Schatz voudrait conserver le nom de segment inférieur pour la zone, qui est située au-dessus du segment inférieur réel, dont la provenance est controversée.

Lahs, en 1887, proposa une autre terminologie qui

n'avance pas beaucoup la question. D'après lui, le segment inférieur serait toute la partie de l'utérus, qui dans la grossesse avancée et au début du travail se trouve au-dessous du détroit supérieur. La portion vaginale du col et le canal cervical avec ses limites (orifice externe et l'anneau de Muller) sont des parties du segment inférieur. L'anneau de Baudl constitue pour Lahs la limite supérieure du segment inférieur; mais cette limite n'est pas constante; elle se produit, tantôt plus haut, tantôt plus bas; elle n'a donc aucune signification anatomique; mais présente une production mécanique. Par la pression de la présentation contre les parois osseuses du bassin, le segment inférieur est aminci, tandis que la partie de l'utérus qui se trouve au-dessus du détroit supérieur, a des parois plus grosses; le changement de ces deux parties est au niveau du détroit supérieur.

En suivant l'ordre chronologique, nous devrions nous occuper des travaux de MM. Hofmeier, Pinard, Varnier. Mais croyant leurs recherches définitives pour la question d'anatomie du segment supérieur, nous les traiterons plus longtemps; pour le moment nous allons nous occuper des deux travaux du camp adverse: appartenant au Keilman et Davidson.

Keilman (1891) a fait des recherches sur les changements du col de l'utérus pendant la grossesse chez les chauves-souris; ses conclusions s'accordent parfaitement avec la théorie de Kustner. Enfin Davidson explorait l'artère utérine (1892) et s'appuyant sur les re-

cherches purement anatomiques de ce vaisseau, il a voulu résoudre la question du segment inférieur. Il cite l'opinion de Bayer d'après laquelle le col subit pendant la grossesse une hypertrophie aussi forte que le corps; si alors on ne trouve pas le col agrandi, cela signifie que sa partie supérieure a servi pour l'augmentation de la cavité utérine. Bayer a observé des cas, ou par défaut d'hypertrophie des vaisseaux, le segment inférieur ne se forma pas du tout et alors les hémorragies (s'il s'agit du pl. praevia) ne se sont pas produites; mais en revanche l'accouchement était difficile par la présence de la stricture physiologique du col. Davidson développe la pensée de Bayer. Il a trouvé que le col de l'utérus, en dehors de la grossesse, possède un plus grand nombre de vaisseaux, que celui de l'utérus gravide et puerpérale. D'après lui, cette circonstance parle en faveur de la dilatation de la partie supérieure du col pendant la grossesse. En outre, Davidson a trouvé que le segment inférieur reçoit ses vaisseaux aussi directement que le corps utérin.

Bandl, Küstner, Schatz, Keilmann, Davidson, Bayer, Barnès — voici les noms des auteurs qui défendent la formation du segment inférieur au dépens du col. Pour eux la limite supérieure du segment inférieur est l'orifice interne du col, la limite inférieure n'est pas constante; c'est une ligne circulaire située entre l'orifice externe et l'orifice interne du col, ligne qu'on appelle « l'anneau de Müller. » Le camp opposé — Taylor, Holst, Langhaus, Muller, Schroeder, Hofmeier,

Pinard, Varnier, croit que le segment inférieur est une partie du corps de l'utérus; sa limite inférieure est l'orifice interne du col, qui alors est identique avec l'anneau de Muller. Mais où se trouve alors sa limite supérieure? C'est ce que nous allons expliquer en étudiant les travaux de MM. Hofmeier, Pinard et Varnier.

Hofmeier (1886) dit, que tous les auteurs qui se sont occupés de la question du segment inférieur, cherchaient des indices sous le microscope; nous pouvons ajouter que si dans notre exposé on trouve par place les opinions des auteurs sur l'aspect microscopique de la région en question, ces opinions ne tiennent compte que de l'aspect des muqueuses.

« Et cependant, dit Hofmeier, dans toutes les préparations des utérus gravides sans exception, que j'ai eu l'occasion d'examiner, la différence entre le corps et le col saute tellement aux yeux, que tout le monde pourrait en démontrer la limite. Ces rapports sur l'utérus non gravis sont moins évidents; mais pendant la grossesse, quand le tissu de l'utérus est très ramolli, la limite est très nette. » On peut prendre une partie quelconque de l'utérus renfermant l'œuf partout on trouve la disposition de la musculature en forme de feuilles de livres, aussi bien sur les coupes transversales que longitudinales, comme cela a été du reste constaté par les autres auteurs. (C. Ruge, V. Hoffman). On peut faire aussi les coupes transversales et longitudinales des parois du canal cervical, comme on le veut;

nulle part on ne trouvera la structure rappelant la précédente. Dans les parois du corps les faisceaux musculaires (Muskelpplatten) disposés les uns à côté des autres, sont réunis très légèrement et sans effort peuvent être isolées, tandis que dans les parois du col le tissu conjonctif dur, inextensible, même dans les coupes les plus fines, ne se laisse distendre sans déchirure. Ce n'est que vers la périphérie, que les éléments sont plus facilement dissociables. »

Après avoir donné les résultats d'exploration de 12 matrices (dont 8 sont faites par Hofmeier lui-même) il dit :

« Veut-on faire une conclusion des descriptions et des dessins ci-dessus, il s'en suit sans doute, que le col par sa structure anatomique et sa muqueuse, diffère suffisamment du corps de l'utérus, et reste dans les derniers mois de la grossesse jusqu'au début du travail comme un canal fermé.

La dilatation de la partie supérieure se fait parfois, mais ce n'est que sous l'influence de la grande distension (grossesse gemellaire, hydramnios) ou des contractions de l'utérus.

Sur le segment inférieur, Hofmeier dit :

« Tout le monde s'accorde que l'on a raison de donner à une certaine partie de l'utérus un nom particulier : c'est la partie unique, qui pendant le travail, doit être assez distendue, pour pouvoir laisser passer œufs et fœtus; c'est la seule partie qui ne peut pas se contracter au même degré que le reste de l'utérus...

Les considérations théoriques font déjà supposer, que cette partie de l'utérus doit avoir une autre structure anatomique que n'importe quelle autre partie de cet organe.

« Presque tous les auteurs nouveaux ont fait des recherches sur cette partie de l'utérus puerpéral, et ont nommé, segment inférieur la partie, qui se trouve au dessous de l'anneau de contraction et s'étend jusqu'à la partie couverte avec la muqueuse cervicale. Tous conviennent, que « l'anneau de contraction se trouve à l'endroit où l'adhérence du péritoine à la paroi utérine devient plus intime; or, nous avons ici un bon point fixe pour l'appréciation de la limite supérieure de ce segment sur l'utérus gravide, tandis que la limite inférieure sera constituée par l'extrémité supérieure du canal cervical. »

« Il est à remarquer que la place de l'adhérence forte du péritoine sur l'utérus gravide est très facile à trouver, principalement sur la paroi, antérieure, Hoffman a le premier attiré l'attention sur la valeur de cet endroit pour la structure anatomique. Il s'ensuit de nos préparations, que dans les conditions normales et même dans les utérus, dont les cols sont un peu dilatés dans leurs parties supérieures cet endroit se trouve à la distance de 3 à 6 centimètres de l'orifice interne du canal cervical, aussi bien devant que derrière, et à la distance de 7 à 10 centimètres de l'orifice externe.

Quant à l'épaisseur des parois du segment inférieur, il est facile à constater que là, où l'aspect microscop-

pique montre la limite du col, la paroi devient beaucoup plus mince; de 45 millimètres elle se réduit à 4; cette épaisseur reste la même jusqu'à l'endroit où commence l'adhérence forte du péritoine à la paroi antérieure de l'utérus. La structure des parois du segment inférieur, rappelle tout à fait celle du corps utérin; mais ses éléments sont moins nombreux et leur réunion est plus lâche; voici toute la différence. Partout la même disposition en feuilles de livres. Tous ces faits parlent en faveur de la formation du segment inférieur aux dépens du corps utérin.

Mais si nous rappelons les faits relevés par Bandl, à savoir : qu'après l'accouchement, l'utérus est constitué par la partie supérieure fortement contractée et par la partie inférieure atonique : que la limite entre les deux est constituée par la place de la forte adhérence du péritoine; alors la différence de la structure citée plus haut ne pourra pas nous étonner :

Les travaux de MM. Pinard et Varnier nous conduisent aux mêmes résultats; nous nous sommes trop occupé des recherches de Hofmeier, en présentant les faits les plus caractéristiques, tantôt en traduction, tantôt résumés, pour insister encore plus sur ce sujet. Nous croyons seulement nécessaire, d'ajouter que les travaux de MM. Pinard et Varnier, ont démontré que le segment inférieur commence à s'amincir au 7^e mois et demi de la grossesse; (Quant aux causes de ce phénomène, nous allons les relever plus loin); que l'anneau de Bandl n'est pas visible avant la rétraction

de l'utérus c'est-à-dire avant l'expulsion du fœtus; enfin que Baudelocque, loin d'avoir l'idée telle que nous l'avons sur le segment inférieur, connaissait néanmoins cette disposition de l'utérus qu'il nomme, « forme d'une grosse courge ou calebasse à 2 ventres », et qu'il a observé toutes les fois quand il était obligé de faire la version longtemps après l'évacuation des eaux.

Voici l'histoire complète de l'idée sur le segment inférieur de l'utérus; voici nos conceptions sur ce sujet, on verra plus loin, quelle importance a telle ou telle autre théorie pour l'explication du mécanisme des phénomènes qui s'observent quand le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus. La connaissance exacte des limites de cette région nous dispense de la définition anatomique du placenta praevia tel que nous le concevons aujourd'hui. Nous l'aurons toutes les fois, que le placenta s'insérera en totalité ou en partie au-dessous de l'anneau de Bandl.

CHAPITRE III

Les particularités du placenta inséré vicieusement et ses rapports avec les parois du segment inférieur de l'utérus.

Ce chapitre sera consacré à l'étude de la forme du placenta prævia et de ses rapports avec les parois du segment inférieur. La première question qui se pose est celle-ci : Le placenta inséré sur le segment inférieur diffère-t-il par sa forme du placenta inséré dans un autre point de la surface interne de l'utérus ? Plusieurs auteurs donnent une réponse affirmative, mais si nous cherchons dans la littérature des indications sur ce sujet, il faut arriver à Levret (1753) pour en trouver une petite mention. Levret a trouvé que le centre du placenta prævia est toujours plus épais que la périphérie, qu'il affecte la forme d'un mamelon. Brand croit que le placenta inséré normalement est concave sur sa surface fœtale ; le placenta prævia, au contraire, présente des rapports inverses en rappelant par sa forme la mamelle, dont le mamelon serait représenté par le cordon ombilical.

Baudelocque a fait une autre remarque : « Il m'a paru dit-il, constamment plus petit dans le cas où il était attaché sur le col de la matrice ». Cet auteur confirme l'idée de Levret, que le centre du placenta est plus épais que la périphérie.

Enfin Leroux trouve que le placenta est irrégulier et le cordon n'est point dans son milieu, si « les radicules s'avancent du côté du col. Et si la radicule se trouve sur le col de la matrice, elle se contourne d'un côté ou d'un autre, prend racine sur le bord qu'elle a atteint, répand ses rameaux dans la même direction et sur les parties latérales, ce qui donne au placenta la forme d'une raquette ou d'un éventail ouvert. Le cordon se trouve sur le bord le plus voisin de l'orifice interne et celui-ci n'est, par cette raison même, presque jamais bouché par le placenta. »

Depuis Leroux un profond silence se fait chez tous les auteurs sur la forme du placenta prævia. Sirelius qui (en 1861) a repris ou plutôt a commencé cette question, dit que « même dans les traités classiques d'accouchement on n'a pas signalé les anomalies que présente le placenta inséré sur le col ». Le travail de Sirelius va nous arrêter un moment, comme renfermant des recherches très précises. Selon cet observateur la forme du placenta prævia était irrégulière dans tous les cas, il avait l'apparence fragmentée, les cotylédons étant plus écartés les uns des autres; son épaisseur était toujours moindre qu'à l'état normal et sa surface externe présentait des saillies et des couches de fibrine

coagulée. En général Sirelius donne trois catégories de modifications pathologiques du placenta prævia :

1° Dans des cas très rares le placenta se développe sur toute la surface du chorion; avec le cas cité par Sirelius il n'y en aurait que quatre connus dans la littérature (jusqu'en 1861); 2° On observe plus souvent deux placentas entièrement séparés, et enfin 3° la division entre les deux placentas n'est pas complète, ce qui lui donne la forme d'un fer à cheval.

« Comme altérations correspondantes, dit Sirelius, on trouve la membrane intérutéroplacentaire incomplètement développée sur les parties situées à l'orifice de l'utérus et quelquefois remplacée par une couche de tissu conjonctif ou par la caduque en transformation grasseuse, et parsemée de pigment recouvrant une lame mince de substance placentaire, où les villosités transformées en tissu cellulaire forment des cotylédons aplatis près de l'orifice de l'utérus sans veine circulaire. »

Sirelius ne croit pas que les altérations de la forme du placenta prævia, décrites plus haut, seraient le résultat de l'hémorrhagie pendant la grossesse. Il donne une explication très curieuse, qui ressemble beaucoup à celle qui a été donnée par un des auteurs les plus récents dans des circonstances semblables. Pour Sirelius la caduque sert à la nutrition des villosités placentaires; la caduque est plus mince et moins riche en vaisseaux dans le segment inférieur : la conclusion logique est qu'elle ne pourra donner de matières

nutritives aux villosités que pendant les premiers mois de la grossesse. Plus tard ces villosités subissent une atrophie et sont remplacées par des villosités nouvelles se formant au bord du placenta, qui reçoit par cela même une forme irrégulière. Voici l'explication de placenta bilobé, en fer à cheval, etc.

Les recherches de Sirelius sont citées par Cazeaux, qui n'ajoute rien de son côté. Hofmeier dit de même, que le placenta prævia est souvent accompagné d'un placenta succenturié, qu'il est parfois ce qu'on appelle placenta membranacea. L'explication qu'il en donne, et qui est confirmée par Kaltenbach (p. 257) est très semblable à celle de Sirelius. Kaltenbach dit : « Il est très probable que même dans la formation du placenta normal prennent part les villosités choriales, qui de la caduque réfléchie pénètrent dans la caduque vraie. » Cette théorie est à peu près la même que celle de Sirelius; pour Hofmeier elle explique la formation du placenta succenturiata et membranacea; pour Kaltenbach le mécanisme de la formation du placenta marginé serait le même, et cette particularité de forme serait aussi très fréquente dans le placenta prævia. Le placenta marginé ou bordé doit son nom à la présence du cercle sur la périphérie de la surface fœtale, cercle d'une couleur blanche, un peu élevé au-dessus de cette surface; les villosités choriales de la caduque réfléchie, réunies à la caduque vraie donneraient ce résultat.

Dans la thèse de M^{lle} Dylion nous trouvons en outre, que la forme des cotylédons est modifiée; au lieu

d'avoir leur régularité habituelle, ils diffèrent entre eux en volume et surtout en épaisseur. Quant aux membranes, M^{lle} Dylion a noté leur épaissement plus ou moins considérable; en effet, elles sont plus épaisses et plus résistantes à mesure qu'on se rapproche du placenta; aussi a-t-on une certaine difficulté pour les rompre.

Voici ce que nous savons à propos de la forme du placenta prævia : placenta irrégulier, placenta bilobé en fer à cheval, succenturié, membraneux et bordé, telles sont toutes les formes que l'on trouve dans pareilles circonstances. L'histoire des recherches sur ce sujet est très courte, mais avec la meilleure volonté nous n'avons trouvé dans la littérature que très peu de documents. Pour le traitement la connaissance de ces formes a une importance extrême; si d'un côté cette rare trouvaille « placenta membraneux » aggrave singulièrement la situation, d'un autre côté le placenta bilobé, en fer à cheval facilite la rupture des membranes, parce que la séparation de deux parties du placenta passe au-dessus de l'orifice interne du col. Quant au placenta irrégulier, ce n'est pas autant sa forme, que son rapport avec les parois du segment inférieur qui est important, et dont nous allons aborder maintenant l'histoire. Si déjà Brand parle du placenta inséré sur le segment inférieur dans le sens que nous avons déjà indiqué; si chez Baudelocque nous trouvons les mêmes idées, il faut arriver à M^{me} Lachapelle (1825) pour trouver la première classification des divers rapports

du placenta avec le segment inférieur de l'utérus. M^{me} Lachapelle les divise en 4 catégories : 1° Insertion centrale (centre pour centre); 2° Insertion partielle ou incomplète quand une partie de l'orifice interne du col est seulement recouverte; 3° Insertion marginale ou latérale quand le placenta est greffé près de la circonférence du col; 4° Insertion intra-cervicale quand l'œuf s'est implanté dans la cavité même du col.

Kilian ne reconnaît que les 3 premières catégories; et encore s'élève-t-il contre la dénomination « insertion centrale », parce que le centre du placenta ne correspond *jamaïs* à l'orifice interne du col; c'est toujours un des bords du placenta, qui recouvre cet orifice. Il fait une importante remarque, que la grande partie du placenta se trouve pour la plupart du temps en rapport avec la paroi postérieure de l'utérus, cette remarque est d'accord avec ce qu'enseigne de nos jours M. le professeur Pinard.

Jacquemier (1846) reconnaît la classification de Lachapelle; Lumpe, Seyfert, Cohen ajoutent de nouvelles preuves à la conception de Kilian sur la variété de l'insertion centrale : Cohen affirme d'abord que la surface du placenta est répartie par rapport à l'orifice interne du col de telle sorte que d'un côté de cet orifice se trouve le $\frac{1}{3}$ de la longueur, de l'autre côté les $\frac{2}{3}$. La partie du placenta qui est plus grande se trouve selon la statistique de Lumpe 15 fois plus souvent du côté droit que du côté gauche; d'après Seyfert (de Prague) pour 11 insertions du côté droit on trouve

2 insertions du côté gauche; Cohen donne le rapport 6 : 4. Le petit lobe serait donc beaucoup plus fréquent du côté gauche.

La même opinion est émise par Sirelius : « Il arrive rarement que le placenta soit inséré centre pour centre sur l'orifice de l'utérus; il y a ordinairement une grande partie d'un côté et une petite partie de l'autre. »

Chez Cazeaux (1874) nous trouvons la classification de M^{me} Lachapelle. Naegele (1880) s'exprime ainsi sur la possibilité de l'insertion centrale : « Quelques auteurs n'entendent par implantation centrale que celle où le centre même du placenta correspond au milieu de l'orifice utérin (implantation centre pour centre); mais si l'on considère combien de semblables cas sont rares, on conviendra que ces auteurs vont évidemment trop loin. D'autre part, ceux-là se trompent également qui nient la possibilité de l'insertion complètement centrale, car elle a été démontrée par des autopsies. »

Hofmeier en se servant du mot « insertion centrale », dit qu'il conserve simplement la nomenclature des autres auteurs, parce que « au point de vue anatomique l'insertion absolument centrale lui paraît impossible. » Mais si Cohen, Lumpe, Seyfert trouvaient le petit lobe du placenta du côté gauche, si Kilian le trouvait du côté antérieur; Hofmeier, Hecker, Frenkel et Breisky sont arrivés à des résultats encore différents. Hofmeier dans 18 cas a trouvé 10 fois le petit lobe à droite, 5 fois à gauche, 2 fois en avant et une fois en arrière; Hecker évalue la fréquence relative du petit lobe pla-

centaire à droite en rapport à celui situé à gauche en chiffres 11 : 4. Les résultats de Frenkel s'accordent avec cette opinion.

M. Pinard ne nie pas la possibilité d'insertion centrale, mais il affirme qu'il ne l'a jamais vue. « Pendant mon internat à la Maternité, pendant mon clinicat, dans ma clientèle de la ville, depuis que je dirige le service d'accouchement de Lariboisière, je n'ai jamais vu que des insertions marginales. Plusieurs fois, il est vrai, on me dit que l'insertion était centrale, mais un examen plus complet me permit de reconnaître qu'à côté des cotylédons qui paraissaient être au centre de l'orifice se trouvaient des membranes. Donc sans vouloir nier en aucune façon l'existence de l'insertion dite centre pour centre, je la crois excessivement rare, puisque en ne prenant que les chiffres fournis par la statistique de Lariboisière, depuis que je dirige le service, on trouve sur 6.960 accouchements 26 insertions vicieuses du placenta ayant donné lieu à des hémorrhagies. Et dans ces 26 cas l'insertion était marginale. » Par conséquent, M. Pinard ne reconnaît que deux variétés d'insertion du placenta sur le segment inférieur : la première variété, dans laquelle le placenta est inséré plus ou moins près de l'orifice interne, mais ne le recouvre pas; la deuxième dans laquelle le placenta recouvre l'orifice interne en partie ou en totalité.

Sur 436 cas Lomer a trouvé 25 fois l'insertion complète (19 0/0) et 111 fois l'insertion latérale (79 0/0).

Ce fait est généralement reconnu, que l'insertion

latérale (incomplète), est beaucoup plus fréquente que l'insertion complète; mais il nous faut beaucoup de scepticisme à l'égard de chiffres qui veulent nous présenter la fréquence relative de ces insertions. Gusserow Behm et M. Pinard ont constaté très souvent que l'insertion qui, au début du travail paraissait complète, s'est montré plus tard latérale quand le col a été plus dilaté; M. Pinard a constaté aussi les faits inverses; au début l'insertion paraissait latérale et après la dilatation du col elle a pu paraître centrale à l'observateur.

Mais non seulement avant le travail nous restons dans le doute: il n'est pas possible même après l'accouchement (excepté les cas dans lesquels le placenta a été perforé) de diagnostiquer la variété de placenta praevia (Gusserow, Behm).

M. Varnier partage l'opinion de M. Pinard: « la statistique, dit-il, porte à l'heure actuelle sur 10.315 accouchements dont 52 insertions vicieuses avec hémorrhagie et nous sommes toujours au même point: pas plus d'insertion centrale que si elle n'existait pas. »

Keilman (1895) est même plus affirmatif: en parlant de l'insertion centre pour centre il dit que pareille insertion n'existe pas.

M. Pinard a conservé son opinion et dans ses leçons. en 1896, il s'exprime ainsi: « Je n'ai jamais, pour ma part, rencontré ce mode d'insertion et dans le cas actuel je ne l'admets pas davantage. » Disons de suite que M. Pinard conseille de chercher le petit lobe du

placenta sur la paroi antérieure de l'utérus derrière la symphyse pubienne.

Les particularités de la forme du placenta prævia et cette circonstance que plusieurs observateurs n'ont pas trouvé l'insertion centrale, indique, pour ceux qui savent lire dans le grand livre de la nature, la voie dans laquelle il faut appliquer le traitement. Comment et pourquoi, nous verrons cela plus loin.

Un mot encore sur la variété du placenta prævia — insertion intra-cervicale. Plusieurs auteurs la mettent en doute. Dans la thèse de Mirasson-Nouqué nous trouvons que Barnès et Sirelius ont observé de pareils cas; M. Pinard est cité aussi, puisque en 1883 il observait un cas « où le relief du disque placentaire s'étendait dans la cavité du col; on retrouvait des sinus remplis de sang coagulé et des débris de vaisseaux jusqu'à 2 centimètres de l'orifice externe à droite. » M. le professeur Tarnier aurait observé aussi cette variété d'insertion vicieuse du placenta.

Étiologie

Jusqu'à l'année 1718, on se contentait d'une simple observation des faits concernant le lieu de l'insertion du placenta sans donner l'explication des causes.

Dionis, qui, comme nous le savons, répétait l'opinion de ses prédécesseurs, à savoir, que le placenta prævia est un placenta décollé du fond de l'utérus et tombé sur le col, donne le premier l'explication pourquoi le placenta doit toujours être inséré au fond de l'utérus? Il trouve 3 causes. « La première c'est que la substance du fond de la cavité, est moins serrée que celle qui approche de l'orifice interne qui est plus solide et plus compacte et par conséquent des racines (c'est-à-dire du placenta) ne peuvent pas y entrer; et de plus c'est qu'à cette partie supérieure aboutissent les vaisseaux qui apportent le sang à la matrice; c'était donc là où l'œuf devait prendre racine pour en recevoir la nourriture, qu'il n'aurait pas trouvée dans les autres endroits de la matrice ».

« La seconde, c'est que si le placenta avait été placé ou en avant ou en arrière, ou à l'un des côtés de la cavité; il aurait été continuellement pressé par l'enfant

et ses vaisseaux ainsi comprimés n'auraient pas pu faire librement la distribution du sang ; mais étant au plus haut lieu de la matrice, l'enfant par son propre poids, s'en éloigne et ne l'incommode en aucune manière dans ses positions. »

« La troisième, c'est que le sang qui va de la mère à l'enfant est un sang vénal porté par la veine ombilicale dont il fallait faciliter le cours en mettant le réservoir dont il part au-dessus de l'endroit où il doit aller ».

« J'en ajouterai une quatrième sur laquelle on n'a point encore fait de réflexion ; c'est que le placenta étant une substance moyenne entre la matrice et l'œuf, il devrait être placé à la partie supérieure de la cavité de la matrice pour suspendre l'œuf et empêcher qu'il ne tombe sur l'orifice interne avec les fleurs blanches ».

Voici comment on peut expliquer par raisonnement la nécessité d'un phénomène, qui n'existe pas. Si d'une part l'opinion de Dionis est curieuse en montrant les idées de ses contemporains sur les causes concernant le lieu d'insertion du placenta ; d'autre part, elle nous montre la nécessité de rester toujours sur le terrain des faits.

Puzos expliquait le même phénomène par la richesse du fond de l'utérus en lymphatiques.

Les causes ci-dessus concernent l'insertion du placenta sur le fond de l'utérus ; mais si nous ajoutons à cela le décollement du placenta et sa chute, nous aurons les causes du placenta prævia dans la période de la théorie « de chute », théorie qui a régné 150 années, commencée par Guillemeau (1621) et citée pour la der-

nière fois par Astruc (1761). Dans cette période Portale constate, en outre, que parfois, on observe de petites épidémies du placenta prævia.

Les causes de l'insertion vraie du placenta sur le segment inférieur, sont relevées pour la première fois chez Brunner. En 1730, il admet que le point d'insertion du placenta dépend de la mobilité de l'œuf dans l'utérus et des mouvements de la femme au moment de la conception. Stein trouve que ce phénomène a pour base et cause suffisantes le poids spécifique de l'œuf.

Osiander (1792) ne veut pas reconnaître l'opinion de Stein; il donne une explication assez fantastique de ce phénomène, mais il faut reconnaître que cet observateur invoque comme cause prédisposante des circonstances qui de nos temps sont reconnues sinon comme causes suffisantes, du moins comme des phénomènes constants dans les cas d'insertion vicieuse du placenta.

« Aliter se res habet in feminis sæpius gravidis et quarum utérus a natura laxus, aut præternaturali ratione e. g. nimio menstruorum aut lochiorum fluxu, abortu, fluore albo, gravioribus ad partum laboribus, gemellorum granditate, orifici uteri vel uteri ipsius læsione et insequenti uteri pyogenia, prolapsu aliòve modo relaxatus est ».

Tous ces faits sont pour Osiander prédisposants à la formation du placenta prævia. Si cet auteur s'était contenté de simple constatation de ces faits, que de nos jours, nous pourrions définir brièvement. Atonie causée par multiparité et l'endométrite, aujourd'hui, il

nous serait impossible de modifier trop son opinion. Mais Osiander a cru nécessaire de construire sur ce terrain un produit de son imagination tendant à éclairer la pathogénèse du placenta prævia. Le fond de l'utérus, d'après lui, ne se dilate pas suffisamment, le segment inférieur ne se rétracte pas dans un degré nécessaire; l'ovule, par son propre poids, tombe dans la partie plus large, c'est-à-dire dans le segment inférieur. Mais pour cela, l'ovule a besoin des circonstances favorables: tantôt il doit être entraîné par le flux menstruel, si le coït a été pratiqué peu avant les règles; tantôt obliquité utérine, laxité des ligaments de l'utérus, ou même la position de la femme seraient d'une grande importance. « *Quodsi enim femina in coitu supina jaceat et post conceptionem aliquamdiu in eodem statu perduret, ovulum in fundo uteri profundius posito facile adhærescit, si in latere sita dormiat libentius lateri adherescit; si vero post coitum fecundum statim obambulet, stet aut sedeat, laxi præprimis uteri orificio sese inserit.* »

D'où la conclusion d'Osiander, qu'après le coït les femmes doivent rester couchées sur le côté où sur le dos. Maygrier (en 1817) pense, que c'est le hasard, plutôt qu'une cause déterminée qui a placé le placenta sur l'orifice ou sur les bords; par conséquent il ne fait aucune réflexion sur ce point. Velpeau (1835) au contraire, critique les théories que nous avons cité plus haut et donne sa propre explication. Pour Velpeau, il n'y a aucune raison à penser que le placenta s'insère dans la partie la plus riche en vaisseaux; de même ni Stein, ni

Osiander n'ont tort, puisque l'ovule fécondé reste huit jours dans les trompes et quand il arrive dans l'utérus, la femme est presque toujours debout. La théorie de Velpeau est construite sur la conception fausse des premiers phénomènes de la grossesse : on a cru, que l'ovule arrivant à l'utérus trouvait là une membrane plastique, membrane anhiste, qui plus tard devient membrane de l'œuf; d'après Velpeau, si l'ovule glisse entre la membrane anhiste et la paroi interne, il arrive dans la partie inférieure de l'utérus, où se forme alors le placenta, Moreau, dont le « *Traité pratique* » a paru en 1841, conteste la priorité de la théorie de Velpeau. « Pour dissiper les doutes de cet auteur et aussi pour ne pas être accusé de plagiat, nous lui rappellerons, que nous donnions dans nos cours particuliers longtemps avant qu'il pensa à étudier la médecine et que pour en faciliter l'intelligence aux élèves nous avions l'habitude de tracer des figures sur le tableau, habitude que nous avons conservée depuis. » Moreau tout en restant sur le terrain de la membrane anhiste donne plus de précision à sa théorie. Il relève d'abord que l'intensité, avec laquelle l'ovule est chassé de la trompe est variable; que la plasticité, la force organisatrice du sang, de la lymphe, sont différentes, comme on peut en conclure de la différence dans la cicatrisation des plaies. « D'après cela dit Moreau, si l'ovule chassé par la trompe arrive dans l'utérus avec une grande force d'impulsion; si la membrane caduque est peu adhérente; si à ces causes, se joint encore au moment

du passage de l'ovule dans l'utérus une circonstance fortuite, comme une commotion morale vive, un ébranlement physique, tel qu'un coup, une chute, on conçoit que l'ovule, au lieu de se borner à soulever la partie de la caduque, qui recouvre l'orifice de la trompe et à adhérer dans ce point comme il le fait dans la majeure partie des cas, décollera une portion plus étendue de cette membrane, s'interposant entre elle et une des parois utérines, ce qui donnera lieu à une insertion antérieure, postérieure ou latérale. Si l'impulsion, la secousse sont plus considérables ou l'adhésion plus faible, l'ovule glissera de haut en bas entre la caduque et la paroi correspondante de l'utérus jusqu'à ce qu'il soit arrivé sur l'orifice interne du col. Si le col est exactement formé, ou seulement oblitéré par le gluten pellucidum de Hunter, l'ovule se greffera sur cet orifice, comme il l'aurait fait sur tout autre partie de l'organe, circonstance qui donnera une insertion du placenta sur le col ». Nous voyons que la théorie de Velpeau-Moreau a pour base les fausses conceptions embryologiques. On peut en dire autant de la théorie de Kilian et de Hohl. Kilian en 1842, suppose un développement inégal de la membrane caduque, laquelle ne revêt pas toute la face interne de la matrice d'une couche uniformément épaisse et par suite n'enveloppe pas l'œuf à sa sortie de la trompe, mais lui laisse assez d'espace pour tomber vers la région de l'orifice interne. Hohl admet que l'œuf (1848) passe par une éraillure de la caduque réfléchie et que le placenta se développe

plus ou moins près de l'orifice, suivant le lieu de cette éraillure. Scanzoni accuse la multiparité et le ramollissement de la matrice unis à l'élargissement de la cavité utérine; il se trouve par conséquent sur un terrain plus rationnel, que plusieurs de ses prédécesseurs, terrain sur lequel nous sommes encore aujourd'hui. Chiari émet des idées analogues la même année. Holst après l'étude très minutieuse des causes du placenta prævia reconnaît que toutes ses considérations sont probables, mais qu'en réalité nous n'en savons rien avec une sûreté absolue. Cet auteur trouve deux séries de causes : la première série comprend des phénomènes fonctionnels du côté de l'utérus, notamment des contractions fortes de l'utérus dans la direction du col; ces contractions sont observées sur l'utérus vide aussi bien que gravide, et se produisent par tout ce qui irrite cet organe ou qui le viole avec effort : coït célébré avec trop grande force, onanisme, les fortes excitations génitales qui ne sont pas satisfaites; l'alimentation et les potions réchauffantes, les médicaments emmenagogues, abortives, drastiques, les interventions médicales, l'examen maladroit, cautérisation du col, l'emploi du spéculum. La deuxième série des causes comprend des circonstances moins hypothétiques: ce sont toutes les causes qui provoquent l'atonie de l'utérus, un état qui se traduit dans toute la constitution du corps. Dans cet état, la cavité utérine est plus grande. Parmi les causes, qui agissent de cette façon et facilitent la chute de l'ovule, se trouve en première ligne : l'entrave à l'involution puerpérale de l'utérus.

Cette entrave se retrouve le plus souvent après la fausse couche qui est considérée par la masse comme ne demandant aucuns soins particuliers ; elle est constituée aussi par défaut de lactation ; de même plusieurs couches se suivant vite l'une après l'autre produisent le même résultat. Voici l'exposé des causes invoquées par Holst. Si déjà chez Osiander nous trouvons relevée l'atonie utérine et les cas dans lesquels on l'observe, il faut reconnaître que le travail de Holst comprend non seulement une nouvelle cause de cette atonie, à savoir la subinvolution de l'utérus, mais encore l'étude brillante de ce phénomène. Holst ne se contente pas de la constatation des causes citées plus haut ; il ajoute qu'elles se retrouvent le plus souvent dans la classe ouvrière, classe pauvre, ou souvent par la courte durée du repos après l'accouchement, les hémorrhagies du retour, la misère physiologique l'utérus se trouve dans un état prédisposant au placenta prævia. En outre c'est une classe où les accouchements sont les plus fréquents. Quelle frappante coïncidence des causes de l'insertion vicieuse du placenta avec les conditions de la vie d'un pauvre ! Par le même raisonnement le placenta prævia doit se rencontrer le plus souvent dans les grands centres, grands foyers du travail, où la vie prédispose à l'atonie générale, flueurs blanches, etc.

Comme particularité résultant nous croyons, plutôt de l'identité des conditions de la vie, que de l'influence héréditaire, Holst relève les observations de Wenzel, d'Outrepoint, d'Ingleby et Velpeau, dans lesquelles le

placenta prævia a été trouvé plusieurs fois chez les personnes appartenant à la même famille.

Dans le travail de Jüdel (1874) où sont réunis 74 cas de placenta prævia, nous constatons 90°/° de ces accidents chez les multipares et 21 °/° chez les femmes dont les accouchements antérieurs étaient difficiles; chiffres qui parlent en faveur de l'atonie utérine, comme de la cause de l'insertion vicieuse du placenta.

Melitsch (cité par Nægele) s'occupe longuement des épidémies du placenta prævia, Saxtorph, Wenzel, d'Outrepont, Ritgen ont aussi observé, que l'implantation vicieuse est beaucoup plus fréquentée à certaines époques.

Les recherches de M. Pinard ont démontré la plus grande influence qu'exerce la multiparité sur la production du placenta prævia. M. Pinard attribue une certaine valeur étiologique au voyage en chemin de fer au début de la grossesse; la trépidation du voyage serait en jeu dans certains cas.

La grande partie de nos connaissances relatives au placenta prævia est chargée grâce à l'étude de M. Pinard; entr'autres, la fréquence du placenta sur le segment inférieur est reconnue beaucoup plus grande qu'on ne le supposait autrefois. Le chiffre constaté par Maggiar dans la Clinique Beaudelocque qui montre dans 57 % cas l'existence de placenta sur le segment inférieur de l'utérus, diffère beaucoup des chiffres d'Arneth (1 : 730), de Klein (1 : 860), Collins (1 : 1492); d'où provient cette différence, nous le verrons plus loin.

En 1890, Hofmeier a avancé les idées nouvelles sur la pathogenèse du placenta *prævia*; mais avant d'aborder l'analyse de ses travaux, nous croyons, qu'il serait utile pour la clarté de l'exposé de compléter la théorie de l'atonie utérine par l'étude du travail de son défenseur moderne, Ahlfeld. Ce travail étant destiné non seulement à expliquer la pathogenèse d'après les partisans de la « vieille théorie » (c'est-à-dire par la profonde implantation du placenta), mais aussi à combattre les nouveautés de Hofmeier, Kaltenbach et Keilman, doit nécessairement comprendre les éléments nouveaux, tirés du domaine de l'embryologie. Pour le moment, nous sommes obligés de réserver pour plus tard, tout ce qui dans les travaux d'Ahlfeld présente la critique des nouvelles théories.

Nos connaissances embryologiques, basées sur les travaux des plus éminents expérimentateurs, nous font croire, que le placenta se forme là, où l'ovule reste en contact avec la paroi utérine. Cette idée appliquée aux cas du placenta sur le segment inférieur nous fait supposer, que l'ovule arrive nécessairement dans la partie inférieure de la cavité utérine; ce qui serait favorisé par les états d'atonie utérine. Mais (première question qui divise les observateurs), est-ce possible que l'ovule puisse se greffer au-dessus de l'orifice interne de l'utérus? Ahlfeld croit, que oui, et voici pour quelles raisons. D'abord, il pense qu'avec le commencement de la grossesse, l'orifice interne du col se ferme; ayant constaté, que la cavité de l'utérus grandit

jusqu'à la 9^e semaine sans avoir subi aucune distension du côté de l'ovule ; il croit nécessaire d'admettre cette fermeture ; autrement toutes les humeurs provenant du vagin, devraient remplir la cavité utérine. En outre par le fait même d'hypertrophie utérine l'orifice interne doit se fermer par la formation autour de lui d'un gros bourrelet au dépens de la caduque. C'est tout ce qui tient à l'utérus. Du côté de l'ovule, les diverses observations admettent les diverses dimensions de cette cellule, d'après lesquelles l'ovule, pour les uns peut être retenu au-dessus du canal cervical, pour les autres, devrait nécessairement tomber dans ce canal et après dans le vagin. On le comprend bien, l'hypothèse d'Ahlfeld donne les dimensions de l'ovule ($1^{m/m}$), qui n'ont pas d'autre base, que le désir de prouver sa thèse, Kölliker ne lui donne que $0,24^{m/m}$. Mais tous ces chiffres se trouvent éclairés par le fait que le plus jeune œuf que nous connaissons est celui de deux semaines (Hertwig), est-ce une base assez forte pour se perdre dans les suppositions, quel peut être le volume d'un ovule arrivant dans l'utérus ? On a constaté, il est vrai, que l'ovule dans le follicule de Graaft à $0,128$ (Kölliker) — $0,2^{m/m}$; (Naegele) on a constaté, d'autre part, que l'ovule le plus jeune avait les dimensions $5-8^{m/m}$. Mais entre $0,12^{m/m}$ et $5^{m/m}$ la distance est trop grande pour avoir une valeur pour la dissolution du litige entre Ahlfeld et ses adversaires, au moins quant à la persistance de l'ovule au-dessus du canal cervical, ou sa chute dans le vagin.

Ayant admis des circonstances favorables pour que l'œuf puisse se greffer dans la partie inférieure de l'utérus et même au-dessus de l'orifice interne. Ahlfeld s'occupe de la question, quelles sont les causes qui exercent leur influence sur le lieu d'insertion du placenta. D'après Kölliker, l'ovule serait retenu dans les plis de la muqueuse utérine; d'après la plupart des autres auteurs, tout obstacle qui ne permettrait pas aux humeurs d'entraîner l'ovule, serait la cause prochaine de la rétention et de l'insertion de l'œuf.

M^{lle} Jacobi (*The Amer. Journal of obstetr.*, 1885) admet, qu'avant la menstruation, la muqueuse utérine subit une hypertrophie grâce à laquelle les parois de l'utérus sont en contact et ne permettent pas l'accomplissement de la chute de l'ovule dans les cas normaux. Mais, comme justement fait remarquer Ahlfeld, le placenta double devrait alors s'y rencontrer plus souvent (inséré sur la paroi antérieure et postérieure).

D'après Ahlfeld, la rétention de l'ovule serait en dépendance des phénomènes vitaux, qui se produisent entre l'ectoderme de l'œuf et l'épithélium tégumentaire ou glandulaire de la muqueuse utérine; que l'insertion devient plus forte par la formation de la caduque réfléchie, qui devrait se faire plus tard que ne le croit Reichert (24-48 heures après la rétention de l'ovule), parce que, autrement, l'accroissement de la sérotine ne serait pas possible. Nous croyons, qu'Ahlfeld n'est pas clair, en parlant des phénomènes vitaux; en quoi

consistent-ils et pourquoi se produisent-ils? Il n'y a pas de réponse à ces questions dans son exposé.

Jusqu'à présent, nous avons analysé les conditions qui, d'après Ahlfeld, permettent à l'ovule de se greffer même sur l'orifice interne du col; les conditions de diversité de l'endroit, où se greffe l'ovule; arrivons maintenant à l'analyse des causes du placenta *prævia*. La même atonie utérine d'Osiander et de Holst, est invoquée par Ahlfeld; il y joint l'augmentation de la quantité d'humeurs utérines, — conditions qui se trouvent réunies dans l'endométrite chronique. Voici le résumé de la « doctrine ancienne » sur les causes et la pathogénèse du placenta *prævia*.

En 1890 apparaît le travail de Hofmeier, qui a trouvé non seulement beaucoup de partisans, mais qui a servi en même temps de point de départ pour les théories de plus en plus hardies, théories très curieuses, mais qui étant basées sur les hypothèses embryologiques non prouvées, n'avancent pas beaucoup l'étude de la pathogénèse de cette anomalie placentaire. Hofmeier s'appuie sur une préparation de l'utérus gravide provenant d'une femme qui est morte par suite de la chute par la fenêtre au 4^e-5^e mois de la grossesse. L'utérus fût mis en totalité dans l'alcool; une petite fenêtre dans la paroi antérieure permettait l'accès de l'alcool à l'intérieur de l'utérus. Puis cet organe fût ouvert par la section de la paroi antérieure : on se trouva en présence de la grossesse gemellaire, mais les fœtus n'étaient pas séparés et le cordon ombilical de l'un d'eux passait

autour du cou de l'autre. La caduque réfléchie n'adhérait pas encore à la caduque vraie; entre deux caduques était le sang, qu'on a trouvé aussi au-dessous du placenta, couvrant l'orifice interne du col. Au premier coup d'œil, Hofmeier a cru que c'est le sang qui a séparé le placenta de la paroi utérine, mais l'examen plus minutieux a montré que, au-dessous de la sérotine, se trouvait la caduque vraie lisse et couverte par le placenta, développé dans l'épaisseur de la caduque réfléchie. Autrement dit, la partie du placenta était constituée par la sérotine; mais l'autre partie se trouvait dans l'épaisseur de la caduque réfléchie et couvrait l'orifice interne du col. L'examen microscopique a démontré réellement, qu'il s'agit du tissu placentaire, du placenta-reflexa, comme l'appelle Hofmeier. Ce fait a donné lieu aux considérations suivantes.

(1) L'ovule ne peut pas se greffer au-dessus de l'orifice interne du col puisque, il devrait tomber dans ce cas dans le canal cervical.

(2) Selon Kolliker et Herwwig les villosités choriales sont partout également développées jusqu'à la fin du deuxième mois de la grossesse; ce n'est qu'au troisième mois qu'on aperçoit la différence par suite de la formation du placenta.

(3) D'après tous les embryologistes, l'œuf de 14 jours est entouré de la caduque réfléchie; l'accroissement de la sérotine, n'est alors possible que par deux mécanismes; a) par le soulèvement d'un bord constituant un passage entre la caduque vraie et réfléchie et la for-

mation des cotylédones placentaires sur la surface de la caduque vraie; ou b) par la pénétration, des villosités choriales de la caduque réfléchie dans la caduque vraie en dehors des limites de la sérotine. Hofmeier croit, que, normalement, c'est le premier mécanisme qu'on peut observer; ce fait est prouvé par les ouvertures glandulaires qu'on trouve encore au 3^e mois de la grossesse au bord de la caduque réfléchie.

(4) Puisque l'ovule ne peut pas se greffer sur l'orifice interne du col; et que l'ovule greffée au voisinage de l'orifice interne ne peut pas accroître par le mécanisme cité ci-dessus; elle doit croître par formation du reflexa-placenta, qui se réunit plus tard avec la caduque vraie: il est alors méconnaissable du placenta développé normalement. Ce fait de la formation du reflexa-placenta n'est pas si rare; Hofmeier s'appuie sur sa préparation, mais en outre, il croit, que le placenta membraneux et succenturié sont de la même catégorie, Hofmeier reconnaît, que le placenta prævia se rencontre le plus souvent chez les multipares et les femmes atteintes d'endométrite mais, pour lui, ce n'est pas autant l'atonie utérine, que l'épaississement de la muqueuse utérine qui en est cause; cet épaississement provoque la persistance outre mesure des villosités choriales dans l'épaisseur de la caduque réfléchie.

Comme preuve à l'appui de sa théorie, Hofmeier relève encore que le placenta prævia est toujours facile à décoller de son lieu d'insertion.

Ahlfeld a attaqué violemment cette théorie; c'est pour

être complet que nous reproduisons plusieurs de ses reproches, à savoir que la préparation de Hofmeier n'était pas convainquante, puisqu'elle a été traitée par l'alcool, puisque la femme est tombée par la fenêtre etc.; que le placenta-reflexa était le placenta faux; et plusieurs autres. Mais le reproche le plus important, est un fait suivant : Ahlfeld a observé les villosités placentaires, développées dans la partie des membranes qui séparait les deux œufs de la grossesse gemellaire; or, puisque on n'observe jamais que le placenta se forme à cet endroit, il y a lieu d'admettre que ces villosités ont du subir plus tard l'atrophie. Le même sort appartenait au placenta reflexa de Hofmeier d'après l'opinion d'Ahlfeld.

Dans sa réponse à Ahlfeld, Hofmeier relève qu'il reconnaît l'implantation de l'ovule dans la partie inférieure de l'utérus comme cause prochaine du placenta prævia latéral; ce n'est, que l'implantation sur l'orifice du col, qui est niée par lui, et seule sa théorie du Reflexa-placenta a de la valeur pour ce cas. L'implantation sur l'orifice interne du col est impossible puisque cet orifice est ouvert et non fermé comme le croit Ahlfeld; puisque la placenta n'aurait pas de lieu d'implantation si l'ovule se greffe au-dessus de cet orifice. Hofmeier demande, où Ahlfeld a trouvé que l'orifice du col est fermé; lui, Hofmeier, non seulement n'a pas trouvé de cas semblables dans la littérature, mais il est persuadé des faits contraires par l'examen de trois préparations.

Kaltenbach est presque enchanté des faits relevés par Hofmeier. « La pathogenèse du placenta-prævia, qui était si peu claire, est, dit-il, grâce à Hofmeier reconnue très simple. Mais Kaltenbach ne se contente pas des faits et des raisonnements de Hofmeier. Il va à la recherche du rôle physiologique de la persistance des villosités placentaires dans l'épaisseur de la caduque réfléchie et arrive à des résultats très curieux.

Avant d'expliquer sa théorie de pathogenèse, notons cependant les causes du placenta prævia d'après Kaltenbach; il en trouve deux séries :

(1). Entrave dans la formation de la sérotine par endométrite chronique chez les femmes plus âgées, notamment chez les grandes multipares, ou par la présence des fibromes ou carcinomes.

(2). Agrandissement absolu ou relatif du placenta dans la grossesse gémellaire, dans certaines anomalies de la forme du placenta, ou de la cavité utérine. Nous voyons, que tout le monde est d'accord sur les causes du placenta prævia; ce qui diffère des auteurs, c'est sa pathogenèse.

Kaltenbach croit que la persistance des villosités placentaires se trouve en dépendance de la nutrition du fœtus; chaque fois, quand par atrophie, hyperplasie, ou hypersécrétion d'endomètre, la formation du placenta est entravée, les villosités de la caduque réfléchie, jouent un rôle supplémentaire. Cela peut arriver non seulement dans le placenta prævia, mais, comme nous l'avons dit, dans tous les états, ou la

circulation placentaire n'est pas suffisante pour assurer la nutrition du fœtus. La nature arrive au même but par la réunion de villosités supplémentaires à la caduque craie; dans ces cas là se forme le placenta bordé.

Bientôt, après la publication du travail du Kaltenbach, Schrader apparaît comme son partisan et donne à l'appui de ses théories le témoignage de deux nouvelles préparations.

La théorie de Kaltenbach ne présente rien d'in vraisemblable; comme la doctrine de Hofmeier, elle demande encore plusieurs observations, pour être reconnue par tous les accoucheurs. Mais si Hofmeier et Kaltenbach laissent comme causes du placenta prævia l'endométrite et la multiparité, qui sont reconnues aujourd'hui par tous les auteurs; nous trouvons chez Keilman le tout absolument renversé; par une seule idée n'est restée.

Hofmeier et Kaltenbach ont affaibli la règle, que le placenta se forme exclusivement par la sérotine; pour Keilman, c'est trop peu; la sérotine pourrait entrer pour rien dans la formation du placenta en général. L'endométrite se rencontrerait aussi souvent avec le placenta prævia, comme sans cette complication; elle n'est aussi pour rien. S'appuyant sur ce fait que personne n'a constaté l'insertion velamenteuse avant le troisième mois de la grossesse, qu'au contraire le placenta prævia se rencontre très souvent dans la fausse-couche des premiers mois de la grossesse; que

la règle actuelle de la provenance du placenta de la sérotine ne permet pas d'expliquer son accroissement : Keilman donne la théorie suivante : Les villosités choriales sont d'abord partout égales; le placenta se forme à l'endroit où arrive l'allantois avec les vaisseaux du fœtus; le reste de villosités s'atrophie. De telle sorte toute dépend du hasard, qui conduit l'allantois à tel ou tel endroit. Le placenta prævia présente dans cette théorie une stade de la formation du placenta normal et peut être modifié de trois façons différentes.

1° Si le cordon ombilical ne s'insère ni sur le lobe, qui se trouve sur le col, ni dans son voisinage, ce lobe est entraîné en haut par l'accroissement de l'œuf où il subit l'atrophie : il en résulte le placenta normal.

2° Si le cordon ombilical s'attache au lobe inférieur, cela constitue une cause du placenta prævia.

3° Si le cordon ombilical ne trouve pas la base de l'attache au vera, il se formera l'insertion velamenteuse.

Nous devons ajouter, que d'après Keilman, l'allantois se réunissant aux villosités du reflexa, forme le placenta primaire; ce dernier s'attachant à la caduque vraie forme un placenta secondaire définitif.

Enfin nous devons signaler l'opinion de Hubrecht et de Berry Hart, d'après laquelle l'ovule s'insère là, où la muqueuse utérine est privée de son épithélium. Alors la menstruation, qui s'accompagne de la chute de l'épithélium présenterait un acte préparatif pour l'accueil de l'ovule. Mais tout en reconnaissant l'importance de ces constatations et leur accord avec nos con-

naissances de la pathologie générale, il y a lieu de se demander, quel rôle il faudrait alors attribuer aux états de l'atonie utérine.

Toutes les nouvelles théories citées par nous présentent trop de nouveau et vont à l'encontre des idées reconnues comme vraies : or, elles demandent des faits, pour avoir une base plus solide. Jusqu'à présent elles éveillent notre curiosité, augmentent le champ des recherches ; c'est leur mérite principal.

Symptomatologie

Les anciens, comme nous l'avons vu, sont très peu explicites au sujet des symptômes du placenta prævia : Pour Aetorius il est tout simplement un obstacle pour l'accouchement. Paré n'est pas plus clair : il dit que l'accouchement « *filius ante patrem* » est dangereux et c'est tout. Il parle de la « séparation de l'arrière-faix d'avec la matrice » ; alors, dit-il, « il se fait une grande effusion de sang qui l'occupe (la matrice), laquelle étant trop remplie, empêche que la force expulsive ne peut jeter l'enfant dehors, ainsi qu'on voit quand la vessie est pleine d'urine et qu'on ne peut pisser ». Il est évident qu'Ambroise Paré n'applique pas ces mots au placenta prævia.

Chez Louise Bourgeois qui a préconisé sa méthode de traitement des hémorrhagies pendant la grossesse, nous ne trouvons rien qui mette ces hémorrhagies en dépendance de la maladie elle-même. Louise Bourgeois n'est frappée que par les faits les plus grossiers, faits qui du reste ne sont pas constans : « Moy cognaissant, dit-elle, que le flux de sang n'est entretenu que par la grossesse, l'ayant veu cesser si tost que la femme est

accouchée, j'ai mis cette pratique en avant, etc. » Voici ce que Louise Bourgeois savait du mécanisme des hémorrhagies utérines pendant la grossesse.

Nous verrons tout de suite, que Guillemeau est le premier qui s'occupe de la symptomatologie du placenta prævia; il est vrai que cet accoucheur est loin d'être complet et ne porte son attention que sur le symptôme unique de la grossesse : l'hémorrhagie. Quoiqu'il en soit nous divisons notre étude de la symptomatologie dès à présent en 3 parties : symptômes pendant la grossesse, symptômes pendant l'accouchement et après l'accouchement.

CHAPITRE I

Guillemeau a le mérite de mettre en dépendance réciproque l'hémorrhagie et le placenta prævia. « Et comme il (le placenta) est tombé, dit Guillemeau, et souvent séparé des parois de la matrice il est impossible, que la femme ne saigne tant qu'elle sera accouchée, d'autant que la nature tâche toujours à le chasser. » Dans ces quelques mots nous trouvons même une petite pathogénie fausse, répondant aux idées sur la provenance du placenta prævia. Mauriceau va nous étonner par la précision de ses idées sur le mécanisme de l'hémorrhagie pendant le travail; quant à celle de la grossesse, nous croyons que Mauriceau partageait les idées de Guillemeau, comme il partageait ses opinions sur la provenance du placenta prævia. Dans les cas, que nous appelons maintenant brièveté naturelle et accidentelle du cordon, le fœtus, d'après Mauriceau, en s'agitant dans le sein maternel exerce sur le cordon des tractions répétées, qui décollent lentement le placenta jusqu'à ce que son propre poids l'amène par un glissement sur l'orifice utérin. « L'hémorrhagie est en

outre favorisée par la distension de la cavité utérine. Maurice dit : « Les vaisseaux même de la matrice, qui étaient ouverts se bouchent par la contraction de sa propre substance aussitôt que les eaux de l'enfant, qui la tenaient étendue se sont écoulées. » Mais l'idée de la pathogénie de l'hémorrhagie dans les cas du placenta prævia a dû rester inexacte jusqu'à la vulgarisation de l'existence du vrai placenta prævia, c'est-à-dire placenta inséré dans la partie inférieure de l'utérus. Chez Deventer nous trouvons la même explication de l'hémorrhagie : elles (les eaux) sont à peine sorties que l'écoulement du sang diminue ou cesse tout à fait. Car les cotylédons de la matrice, que le détachement des racines du placenta laisse ouverts et qui ne peuvent se fermer tant que la grandeur de la matrice ne diminue pas, se resserrent aussitôt que les eaux sont écoulées ; parce qu'alors l'utérus peut se contracter, ce à quoi il est aidé par le poids des intestins qui pressant sur les cotylédons les compriment et ferment plus exactement les orifices des veines. Voilà la cause de la perte et pourquoi elle cesse »

Nous croyons devoir particulièrement insister sur ce fait, que Puzos n'avait pas d'autre idée sur le mécanisme de l'hémorrhagie. Nous avons vu qu'il était un partisan très retardé de la théorie de la chute ; par conséquent, il est logique en disant « qu'on est obligé d'avoir recours à l'accouchement forcé dans l'espérance de faciliter la contraction de la matrice ; en la débarrassant des corps qui la tenaient *passivement* dilatée, d'obtenir

le resserrement des vaisseaux, ouverts par le même moyen. »

L'ouverture des vaisseaux par décollement du placenta (comme premier stade de la chute), leur maintien dans l'état de la dilatation par la distension de l'utérus : voici le résumé des idées sur le mécanisme d'hémorrhagie que nous trouvons chez tous les partisans de la théorie de la chute du placenta.

D'un autre côté, les auteurs qui ont reconnu l'insertion primitive du placenta sur le col, donnent une autre explication du mécanisme d'hémorrhagie. Brunner dit en 1730 : « Placenta supra orificium adnata non minoris est periculi, nam uterus per certum temporis spatium in omni dimensione expansus, latera sua versus fundum retrahit, exinde osculum aperitur, dum hoc peragit uteri infimæ partes, circumferentia nempe osculi a placenta divellitur, hinc placentæ vasa aperiuntur, sanguis tam e faetu, quam ex utero effluit et mater et foetus in summum vitæ periculum incurrunt, nisi manus perita iis quam citissime opituletur. »

Smellie est du même camp que Brunner; nous l'avons vu constater l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col; son explication de l'hémorrhagie se conforme à ses idées sur l'anatomie du placenta prævia : « L'orifice interne, dit-il, commence fort souvent à s'ouvrir plusieurs semaines avant le terme; en ce cas là il survient dès lors une perte qui cesse rarement tout à fait avant que la femme soit accouchée; il est vrai que cette perte pourra avoir quelque relâche,

s'il se forme quelques caillots de sang, qui lui bouchent le passage; mais à mesure que ces caillots viendront à s'évacuer la perte recommencera avec la même violence. »

Nous voici devant une nouvelle pathogénie, qui devra se développer et régner jusqu'en 1846, c'est-à-dire plus de cent années. En même temps la partie clinique commence à être élaborée. Deleurye tente à distinguer des règles pendant la grossesse des hémorrhagies; il trouve que l'hémorrhagie est accompagné de douleurs, de tranchées; que l'orifice du col est alors ordinairement béant, le sein est douloureux et s'affaisse ainsi que le ventre; que la femme n'a point d'appétit, est faible et parfois a des convulsions. Mais en somme ces signes n'ont pas de valeur. Brand introduit un nouvel élément dans la symptomatologie; *il constate que la grossesse n'atteint pas son terme* si l'insertion se fait sur l'orifice du col ou près de cet orifice; à peine atteint-elle son terme si la distance du placenta à l'orifice est un peu plus grande. Quant à l'hémorrhagie, il dit qu'elle se rencontre dans les derniers temps de la grossesse; qu'elle est provoquée par la dilatation de la partie supérieure de l'utérus et du col; cette dilatation fait rompre d'abord les petits vaisseaux en provoquant une légère hémorrhagie; puis a lieu la rupture des vaisseaux de plus en plus grands et par suite l'hémorrhagie devient à chaque répétition plus forte; en outre l'hémorrhagie est plus grave si elle arrive plus près de la fin de la grossesse. Brand a remarqué aussi que l'ori-

fice du col se trouve plus haut dans le bassin; que le col est plus mou, que parfois on peut percevoir par le toucher la masse spongieuse, mollassée; que le placenta prævia provoque parfois ischurie et avortement.

Leroux donne la même explication des causes d'hémorrhagie que Brunner, Smellie et Brand. « Après les six, sept ou huit premiers mois de la grossesse, dit-il, lorsque le fond et les parois de la matrice ont pris toute l'amplitude dont ils sont capables, ils font violence sur le col qui est obligé de prêter à son tour. Si le placenta est attaché sur l'ouverture supérieure du col qui va s'étendre, comme il est maintenu dans sa situation par la forme et les adhérences générales de l'œuf humain dont il fait partie, il ne peut pas prêter dans la même proportion ni dans la même direction que l'orifice; il est tiraillé, se déracine et l'hémorrhagie commence. Cette hémorrhagie est d'abord peu de chose; ce n'est pour ainsi dire qu'un suintement sanguin parce qu'il n'y a encore que le bord des houpes mamelonnés, qui sont sur la circonférence interne de l'orifice, qui soit décollé. Ce suintement subsiste plus ou moins longtemps dans le même état, mais enfin le sang qui coule continuellement humecte l'orifice en totalité, le relâche et le dispose à s'ouvrir davantage. L'orifice affaibli ne contrebalance plus l'action constante du ressort utérin; celui-ci en profite, redouble son action et la première contraction s'établit. » Leroux, comme nous le voyons, en même temps qu'il explique l'apparition de l'hémorrhagie, donne les causes de l'accou-

chement prématuré dans les cas du placenta prævia. La division des hémorrhagies que nous trouvons chez Rigby et chez Stewart, en deux catégories : accidentelles et inévitables ; limitation de ces dernières aux cas du placenta prævia nous fait suggérer une idée fausse, qu'il n'y a pas de placenta prævia sans hémorrhagies, que l'hémorrhagie doit nécessairement survenir dans tous les cas du placenta prævia. Maygrier en 1817 donne encore l'expression des idées régnantes sur la pathogénie de l'hémorrhagie dans le placenta prævia. « Tous admettent que cette hémorrhagie n'a lieu que dans les derniers temps de la grossesse, le col ne commençant à se dilater d'une manière manifeste que vers le sixième mois. »

Jacquemier en 1846 a bien diminué l'importance de la dilatation du col pour la production d'hémorrhagie dans les cas d'insertion vicieuse du placenta ; en même temps il a modifié les idées de Rigby et Steward sur la nécessité absolue d'hémorrhagie dans ces cas : « L'extravasation sanguine qui dépend du lieu d'insertion du placenta se produit : 1^o Lorsqu'elle correspond à l'orifice interne de l'utérus ; 2^o lorsqu'un point de sa circonférence en est plus ou moins rapproché. Dans le premier cas l'hémorrhagie est inévitable ; dans le second, elle survient fréquemment, mais n'a pas nécessairement lieu. »

Tout en reconnaissant que le placenta prævia est une cause plus fréquente des hémorrhagies des derniers mois de la grossesse que toutes les autres causes

réunies, Jacquemier ne veut pas partager l'opinion de M^{me} Lachapelle d'après laquelle la majorité d'hémorrhagies dans ce temps-là dépend de l'insertion vicieuse du placenta.

Mais la plus importante dans le travail de Jacquemier, est sa théorie de la production d'hémorrhagie. La dilatation du col « n'est pas la seule cause du décollement du placenta. La rapidité de l'ampliation du segment inférieur du corps de l'utérus et sa distension mécanique pendant les derniers mois de la grossesse qui le font descendre dans un court espace de temps assez profondément dans l'excavation du bassin surtout lorsque le fœtus présente la tête, constituent la cause ordinaire de l'hémorrhagie jusqu'à une époque très rapprochée du terme de la gestation... »

« Pendant la première moitié de la grossesse le tiraillement du placenta est prévenu en partie par un accroissement qui est d'abord très rapide; mais plus tard il subit une *distension* qui peut amener de bonne heure le décollement partiel. De là les pertes de sang à la vérité très rares qu'on ne peut pas attribuer à des causes dépendantes du lieu d'insertion du placenta qui se produisent dès la fin du quatrième mois, pendant le cinquième et le sixième. Mais lorsqu'à l'ampliation organique, que le placenta peut le plus ordinairement suivre, vient s'ajouter la distension mécanique que subit le segment inférieur de l'utérus, et qui le fait plus ou moins proeminer dans l'excavation du bassin, le tiraillement augmente d'une manière très marquée

et entraîne souvent le décollement du placenta; de là la fréquence croissante de l'hémorrhagie pendant le 7, 8 et une partie du 9^e mois, quoique l'orifice soit encore exactement fermé au moment qu'elle se déclare pour la première fois. »

Dans le cas d'insertion centrale, dit Jacquemeier, la dilatation du col peut constituer la cause d'hémorrhagie; si l'accouchement tarde à se produire alors une partie du placenta s'atrophie et de l'extension de cette atrophie dépend la vie de l'enfant.

L'hémorrhagie est, d'après Jacquemier, toujours externe; elle est subite, sans prodromes, sans cause appréciable; la première est peu abondante et de courte durée, sans douleurs lorsqu'elle arrive avant le neuvième mois; les suivantes sont plus abondantes et s'accompagnent des coliques utérines, des douleurs lombaires et hypogastriques. « Lorsqu'elle n'a lieu que vers le milieu, la fin du neuvième mois ou au début du travail, elle est presque toujours de suite abondante et persistante. »

En résumé Jacquemier a prouvé que l'hémorrhagie n'est pas inévitable dans l'insertion vicieuse du placenta qu'elle peut survenir dès les *premiers mois de la grossesse*, enfin il a publié une nouvelle théorie sur la pathogénèse de l'hémorrhagie dépendant de cet état pathologique.

Chez Holst nous trouvons encore quelques symptômes secondaires nouveaux et la confirmation de plusieurs symptômes que nous avons déjà mentionnés. Tenesmes

de la vessie et du rectum sont parfois très forts. La position très haute de la portion vaginale et les positions vicieuses du fœtus étaient déjà connues avant Holst, mais cet auteur donne l'explication de ce dernier phénomène : le placenta remplit le segment inférieur de l'utérus et empêche la tête de descendre dans l'excavation; par conséquent les positions vicieuses sont plus fréquentes dans l'insertion totale que latérale. Holst donne la statistique de Kilian et de Gottschalk, d'après laquelle les positions vicieuses sont à peu près 25 fois plus fréquentes dans le placenta prævia que dans les cas normaux.

Le vagin est plus vasculaire, sa sécrétion est plus abondante. Holst connaît le travail de Jacquemier et donne le même mécanisme d'hémorrhagie. Il ajoute que le sang provient principalement des veines de la mère; si les fœtus naissent parfois anémiés, c'est par suite de ruptures secondaires du placenta, produites par l'examen maladroit ou par une pression trop forte, ruptures qui intéressent les vaisseaux du fœtus.

Barnès donne une explication propre de l'hémorrhagie; il croit que le placenta se développe trop vite par rapport au segment inférieur; leurs relations sont rompues, le délivre s'étend, les adhérences se rompent et l'hémorrhagie se produit par la surface utérine. La perte est, d'après Barnès, surtout fréquente aux époques menstruelles, l'apport exagéré de sang entraînant pour ainsi dire le placenta au point de déborder sa surface d'implantation. C'est alors seulement que les caillots

éveillant la contractilité des fibres lisses font entrer en jeu les contractions de la zone cervicale.

Duncan ajoute aussi quelques éléments originaux à notre sujet; il affirme d'abord que « ces hémorrhagies surviennent très fréquemment sans qu'il y ait aucun décollement du placenta, quoique sans aucun doute ce décollement a lieu dans quelques cas. » Dans les faits d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, qu'il m'a été donné d'observer, je n'ai pas trouvé sur cet organe les caractères pathologiques qui doivent à ce que je crois survenir après un décollement partiel, datant d'un ou plusieurs mois; dans la très grande majorité des faits que je trouve relatés, il n'est fait aucune mention de ces caractères morbides du placenta. Cette variété d'hémorrhagie peut survenir de 4 façons :
1° par la rupture d'un vaisseau utéro-placentaire au niveau ou au-dessus de l'orifice interne de l'utérus.

2° Par la rupture d'un sinus marginal utero placentaire, dans l'aire de détachement prématuré, spontané, non pas quand l'insertion du placenta est centrale ou qu'il couvre l'orifice interne, mais quand l'un de ses bords siège sur l'orifice interne ou près de lui.

3° Par la séparation partielle du placenta à la suite d'une cause accidentelle, un choc ou une chute.

4° Par la séparation partielle du placenta conséquence des contractions utérines qui déterminent une légère dilatation de l'orifice utérine.

Quoiqu'en dise Duncan, c'est toujours le décollement du placenta, quelque minime qu'il soit, qui au fond

dans ces 4 catégories produit l'hémorrhagie. L'année suivante Duncan donne l'exposé du mécanisme de ce décollement. Il trouve au général deux façons de décollement du placenta d'avec les parois utérines; dans l'état normal le décollement se produit par rétraction de l'utérus après la naissance d'une partie du fœtus; dans le cas de placenta prævia le mécanisme est inverse : c'est la distension des parois du segment inférieur, qui constitue la cause principale du décollement. Cette distension est presque caractéristique dans le placenta prævia et ne s'observe que très-rarement au dehors de ces cas.

D'après ce qui a été dit, on peut facilement se rendre compte que Duncan n'avait pas trop raison de parler de la théorie de Jacquemier, qu'elle n'est basée ni sur la théorie ni sur la pratique. En réalité c'est la même théorie, mais mieux développée, plus exactement expliquée, comme nous le verrons de suite. Il nous reste cependant une petite réserve à faire quant à la perfection de la théorie de Duncan; cet auteur ne parle que de la distension au début du travail, où allons-nous donc trouver son explication des hémorrhagies qui surviennent au cours de la grossesse?

Duncan fait remarquer que si le globe est soumis à la pression, il prendra une forme sphéroïde, puisque les divers points ne seront pas également comprimés; la plus grande pression se sera fait sentir aux deux pôles du corps qui exerce la compression; plus on s'éloigne de ces pôles, plus la pression diminue. En appliquant ces

règles géométriques aux cas du placenta prævia, la distension du placenta sera d'autant plus grande qu'il adhèrera plus près de l'orifice interne du col. Mais où est alors la limite en dehors de laquelle la distension ne se fait plus sentir? Duncan invoque encore du domaine de la géométrie les raisons suivantes : à 6 centimètres de l'orifice interne du col la paroi de l'utérus devient verticale; le diamètre à cet endroit est égal à 11 centimètres; or cette zone de l'orifice interne du col, à 6 centimètres de distance correspond à la zone dangereuse. Nous voyons que cette zone est la même que celle dont la description a été donné dans notre chapitre d'anatomie.

Cazeaux reconnaît la théorie de Jacquemier, mais ajoute, que « le développement du placenta est beaucoup plus rapide dans les six premiers mois que dans les trois derniers; or, cette double circonstance paraît suffire à la production d'hémorrhagie ».

La même année Simpson pour justifier sa méthode de traitement donne l'explication de quelques détails d'hémorrhagie; il ne s'occupe point des causes du décollement placentaire, mais de la question d'où provient le sang, sous quelles influences sa quantité augmente ou diminue? Pour faciliter l'intelligence de sa théorie, Simpson rappelle préalablement 3 faits : 1° La portion maternelle du délivre est de structure caverneuse, c'est-à-dire qu'elle consiste en une série de vacuoles ou de dilatations vasculaires, dans lesquelles le sang de la mère est poussé par les artères utéro-placentaires et

d'où il est ramené par les veines du même nom. 2° Les aréoles contenant le sang communiquent ensemble à travers toutes les différentes portions de l'organe, de façon que le sang qui accède dans un point peut par ce moyen se répandre rapidement dans les autres portions de la masse placentaire; 3° la surface utérine du placenta n'a aucune propriété musculaire ou contractile, grâce à laquelle elle puisse resserrer les orifices des canaux vasculaires (qui passent de l'utérus dans son intérieur), lorsque ces canaux sont rompus par suite de son décollement plus ou moins étendue.

En s'appuyant sur les faits ci-dessus, et sur les observations des cas où l'hémorragie cessa après le décollement complet du placenta avant la naissance du fœtus, Simpson arrive à la conclusion que *le sang sort du placenta et non de la paroi utérine*. Si une partie du placenta est décollée, le sang arrive par la partie du placenta qui adhère encore à l'utérus; et dans ce cas, plus le placenta est décollé moins de sang peut arriver dans son intérieur. et par conséquent l'hémorragie est plus faible; inversement plus le décollement est petit plus l'hémorragie est profuse. D'après la même théorie le décollement complet du placenta arrête l'hémorragie. Malheureusement, la pratique a démontré que cette théorie est fausse.

La Théorie de Schræder (1877) ne s'applique, qu'à la première période du travail. D'après Schræder l'effacement et la dilatation du col se produisent par le glissement de la paroi utérine sur l'œuf; ce glissement

provoque le décollement tantôt entre les deux couches de la caduque, tantôt entre le chorion et l'ammios. Dans le placenta prævia le premier cas permettra l'accouchement sans la moindre perte de sang, mais cela se rencontre rarement; le second cas doit nécessairement provoquer l'hémorrhagie.

Jusqu'à présent nous n'avons rencontré que deux symptômes principaux, qui constituent la principale préoccupation des auteurs : l'hémorrhagie et l'accouchement prématuré. Mais si d'un côté l'on a noté avec soin toutes les particularités de l'hémorrhagie, si l'on a admis plusieurs hypothèses sur les causes et mécanisme de ce phénomène, d'un autre côté l'accouchement prématuré est presque toujours noté sans commentaires. En 1886 M. Pinard constate un troisième symptôme important, que présente *la rupture prématurée des membranes* et qui se rencontre 3 fois sur 10 cas d'insertion vicieuse du placenta; il donne en même temps l'explication du mécanisme commun pour les deux symptômes.

M. Pinard a mesuré 1394 placentas; sur ces 1394 accouchements 147 fois la rupture des membranes fut constatée avant l'apparition des douleurs. Or, de 147 cas de rupture prématurée de membranes 105 fois le bord des membranes s'étendant de l'ouverture au placenta mesurait de 0. à 10 centimètres; il y avait 54 primipares et 93 multipares; 72 accouchements prématurés et 75 accouchements à terme. En outre parmi ces 1394 cas, 245 fois la distance entre l'ouverture des membranes et

le bord placentaire était moindre de 10 centimètres, sans qu'il se produise la rupture prématurée; mais sur ces 245 cas 95 fois l'accouchement a été prématuré; les derniers cas sont constitués par 79 primipares et 166 multipares.

D'après l'observation de ces 1394 placenras, M. Pinard conclut, que *le placenta est très souvent inséré sur le segment moyen et sur le segment inférieur (1/4)*, que la multiparité joue un rôle important. Mais *les ruptures prématurées sont plus fréquentes chez les primipares*, que chez les multipares, le placenta étant inséré au même niveau. M. Pinard non seulement a prouvé que la rupture prématurée des membranes se rencontre souvent dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, mais aussi que cette rupture est causée le plus souvent par cette anomalée d'insertion placentaire.

Enfin la dernière conclusion de M. Pinard est : *l'accouchement prématuré est très souvent provoqué par la présence du placenta sur le segment inférieur, soit qu'il y ait hémorrhagie, soit qu'il y ait rupture prématurée des membranes, soit qu'on n'observe ni l'un ni l'autre de ces accidents.*

Comment expliquer la fréquence de la rupture prématurée dans l'insertion vicieuse du placenta?

« Pendant les derniers mois de la grossesse, dit M. Pinard, le chorion et l'amnios ne peuvent suivre le segment inférieur de l'utérus dans son mouvement expansif, qu'en raison de leur extensibilité. Et il suffit de constater l'amincissement de la paroi utérine recou-

vrant la tête profondément engagée pour comprendre combien cette élasticité est mise à l'épreuve dans certains cas. »

« Or, quand le placenta est sur le segment inférieur de l'utérus, toute la portion de la paroi utérine correspondant à son ouverture ne peut prendre part au développement; aussi l'ampliation se fait aux dépens d'une partie du segment inférieur seulement et cette partie subit une distension considérable. D'un autre côté l'élasticité du chorion est beaucoup moindre à ce niveau, car le chorion est extrêmement adhérent au niveau de la face du placenta, il ne peut prêter de son côté, il tire sur le placenta et si celui-ci ne cède pas, bientôt il se rompt. L'amnios peut résister encore plus ou moins longtemps; mais comme il est seul alors à supporter la pression intraamniotique, il se rompt le plus souvent consécutivement. »

Mais pourquoi les membranes ne se rompent-elles pas toujours dans tous les cas d'insertion vicieuse? Les raisons, dit M. Pinard sont de 2 ordres : ou bien la pression exercée par le chorion est insuffisante ou bien le placenta se décolle. Lorsque le segment inférieur subit peu la distension dans les derniers mois de la grossesse la rupture a peu de tendance à se produire.

Chez les multipares le segment inférieur s'amincit moins que chez les primipares, l'engagement est moins prononcé, l'accommodation pelvienne se produit tardivement... Il semble d'après ce qui précède, que les ruptures prématurées devraient être plus fréquentes chez les pri-

mipares que chez les multipares, et cependant c'est le contraire qu'on observe. M. Pinard explique ce paradoxe par ce fait, que le placenta prævia se rencontre plus souvent chez les multipares, ce qui doit exercer une influence sur les statistiques.

« La présentation du fœtus joue également un rôle, en ce sens qu'elle détermine une distension plus ou moins considérable et irrégulière du segment inférieur et par conséquent des membranes. En dehors des pressions exercées par un pied, ce qui je crois peut fortuitement se produire, je pense que le siège en raison de son volume et de sa forme irrégulière détermine des pressions localisées, qui le plus souvent entraînent la rupture des membranes ou le décollement du placenta. La présentation du tronc détermine plus encore que la présentation du siège des distensions exagérées. »

« En résumé, lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur, *tantôt les membranes se rompent prématurément, tantôt elles résistent et le placenta se décolle*. La résistance plus ou moins grande des membranes produit l'un ou l'autre de ces résultats. Enfin dans certains cas on n'observe ni rupture prématurée ni décollement placentaire en raison de la résistance des membranes de la résistance du placenta, de la présentation de fœtus, et des circonstances, qui font, que les pressions et distensions localisées ne se produisent qu'au moment du travail où d'autres facteurs entrent en jeu. »

Cette dernière phrase devient maintenant plus claire,

si on prend en considération les faits constatés il y a peu de temps par M. Pinard, que les femmes enceintes même avec le placenta sur le segment inférieur peuvent atteindre le terme de la grossesse sans accidents, si elles se reposent quelques semaines ou quelques mois avant l'accouchement.

La dernière question, dont s'occupe M. Pinard dans son travail est le rapport, qui existe entre la rupture prématurée des membranes et l'hémorrhagie dans l'insertion vicieuse du placenta. « Dans tous les cas où j'ai observé la rupture prématurée des membranes, je n'ai jamais observé consécutivement la production d'hémorrhagie; dans tous les cas où l'hémorrhagie s'était montré la première j'ai toujours vu la rupture prématurée spontanée ou artificielle faire cesser l'hémorrhagie, excepté lorsque le fœtus se présentait par le tronc et encore dans plusieurs cas de présentation du tronc ai-je vu la rupture des membranes faire cesser l'hémorrhagie ».

M. Pinard s'élève contre la division des hémorrhagies de la grossesse en deux classes : celles de 6 premiers mois ou d'avortement et celles de 3 derniers, causées par placenta prævia. » D'abord il y a nombre de femmes, qui avortent et qui n'ont pas d'hémorrhagie; et réciproquement il y a des femmes, qui pendant les premiers mois de la grossesse ont des hémorrhagies et n'avortent pas : Voilà pour la première division. Quant à la seconde, elle tendrait à nous mettre en esprit ce fait, à savoir, que l'hémorrhagie survenant dans les trois derniers mois de la grossesse reconnaît toujours pour cause une inser-

tion vicieuse du placenta, ce qui est une erreur, et que l'insertion vicieuse du placenta ne cause d'hémorrhagie, que pendant les 3 derniers mois ce qui en est une autre. Car ainsi que je vous le démontrerai en m'appuyant sur un grand nombre d'observations l'insertion vicieuse du placenta est une cause d'hémorrhagie dans bien des cas avant le 6^e mois. Voilà pour la seconde division. »

Tout ce que nous avons reproduit de travaux de M. Pinard nous montre : 1^o que M. Pinard a enrichi la symptomatologie du placenta prævia du phénomène dont personne n'a fait mention avant lui; 2^o qu'il a donné la nouvelle pathogénèse qui concerne à la fois tous les symptômes possibles de cette anomalie placentaire; 3^o que M. Pinard a trouvé le rapport qui existe entre deux phénomènes naturels, ce qui l'a poussé au traitement tout à fait physiologique.

Les conclusions de Maggiar tirées de l'examen de 390 cas, nous font savoir que la fréquence d'hémorrhagie suit une marche ascendante depuis le début de la grossesse jusqu'à la fin : qu'elle commence à décroître pendant le travail.

CHAPITRE II

Nous connaissons déjà les symptômes du placenta prævia pendant la grossesse, nous savons, comment ils étaient reconnus et expliqués. Abordons maintenant l'étude des symptômes pendant le travail.

Guillemeau, comme nous avons vu, a été le premier, qui a mis en rapport le placenta prævia et l'hémorrhagie. Mais si nous voulions nous occuper de plus près des hémorrhagies qui surviennent pendant le travail, il faut arriver à Mauriceau, qui en donne non pas une mention, sur laquelle on puisse passer sans regret, mais une idée mûre, digne de ce grand observateur. « Dans les pertes de sang des femmes qui sont en travail il faut toujours rompre les membranes des eaux de l'enfant le plus tôt qu'on peut le faire, *afin de lui donner lieu de s'avancer au passage, sans pousser les membranes* qui étant agitées par l'impression des douleurs augmenteraient encore la perte de sang, en augmentant le détachement de l'arrière faix, ou elles tiennent, qui l'avait causée » Nous ne parlons pas ici du traitement; mais cette phrase nous apprend comment

Mauriceau expliquait l'hémorrhagie du travail. C'est exactement la même idée que nous avons aujourd'hui sur ce sujet; et en outre, c'est un fait presque unique dans notre histoire, que l'observateur, qui le premier s'occupe d'un phénomène, ait de suite une idée parfaite de son mécanisme.

Après Mauriceau nous devons passer sur plusieurs auteurs qui traitent d'une manière générale l'hémorrhagie dans le placenta prævia, en ne faisant pas de distinction entre celle de la grossesse et celle du travail. Si Mauriceau donne l'explication parfaite du mécanisme de l'hémorrhagie du travail, nous trouvons chez Brand l'étude complète de la symptomatologie du travail dans le placenta prævia.

Brand trouve d'abord, que l'hémorrhagie est moins forte pendant les contractions; sous l'influence de la durée et de l'abondance de l'hémorrhagie la force motrice de l'utérus s'affaiblit; l'orifice utérin s'ouvre plus tard aussi bien par faiblesse des contractions utérines que par le moindre degré de pression, exercée sur cet orifice par le placenta comme corps mou; le placenta est souvent rejeté avant le fœtus; puis les phénomènes généraux arrivent : la femme devient pâle, froide, ressent le vertige, de l'affaiblissement, de la dépression, enfin arrivent les convulsions et la mort.

L'image des symptômes que nous trouvons chez Leroux est bien peinte : on peut se croire devant une femme qui court ce péril. En même temps Leroux

complète sur certains points ce que nous avons trouvé chez Brand.

« Chaque contraction, dit Leroux, augmente la dilatation de l'orifice, *décolle de proche en proche le placenta et rend par cette raison l'effusion du sang plus abondante; le sang coule continuellement dans l'intervalle qui sépare les contractions* en petite quantité à la vérité; mais dans le temps de contraction il en sort une quantité considérable en partie par expression et en partie des nouvelles embouchures de vaisseaux, que le placenta découvre en se décollant, A mesure que l'hémorrhagie augmente, la force des contraction diminue par l'affaiblissement de la malade, et c'est là un des plus grands obstacles qui s'opposent à l'accouchement naturel. *Les contractions sont à peine douloureuses pour deux raisons*; la première parce que l'orifice relâché oppose peu de résistance; la seconde parce que le sang, qui coule, coupe la contraction et la fait cesser presque sur le champ; second obstacle qui s'oppose à l'accouchement naturel. Enfin l'enfant se présente ici presque toujours dans une situation contre nature et c'est un troisième obstacle qui s'oppose à l'accouchement naturel. On voit par l'exposé de ces obstacles qu'ils deviennent de plus en plus insurmontables à mesure que le temps s'avance; et effectivement la plus grande partie des femmes qui se trouvent dans le cas épineux que nous traitons périraient, si l'art ne venait à leur secours ».

Les cas où il n'y avait pas d'hémorrhagie ont donné

lieu aux diverses hypothèses. D'après Walter c'est une communication plus large entre les radicules veineuses et artérielles de l'utérus qui permet au sang de passer des artères aux veines sans s'écouler en dehors. Mercier prétend alors, que, « les vaisseaux exhalant de l'utérus sont dans un état de constriction, de perversion de leur sensibilité, capable de s'opposer au cours du sang. Moreau explique ce phénomène par la mort du fœtus et Jacquemier par le décollement complet du placenta. L'opinion de Moreau est combattue par Depaul, Duncan, Pandelet, Budin qui citent plusieurs exemples d'hémorrhagie par le placenta prævia, quoique l'enfant fut manifestement mort depuis longtemps. M. Pinard ne croit pas qu'avec l'insertion complète du placenta et le fœtus vivant l'expulsion puisse se faire sans perte de sang.

L'analyse des phénomènes du travail dans le placenta prævia que fait Holst dans son ouvrage, comprend une erreur qui fait d'autant plus ressortir les dernières conquêtes de la science.

En parlant de l'accouchement prématuré Holst dit, qu'il n'arrive qu'après l'hémorrhagie, car si l'hémorrhagie ne survient pas, la grossesse arrive à terme. D'après ce qui a été dit dans le travail de M. Pinard, et confirmé depuis par plusieurs auteurs, on ne partage pas aujourd'hui l'opinion de Holst. Du reste nous trouvons les mêmes symptômes chez Holst, que nous avons relevés chez Leroux : accouchement prématuré, faiblesse des douleurs, hémorrhagie, position vicieuse

du fœtus. Quant à ce dernier phénomène, Judell a trouvé parmi 74 cas : 47 présentation du sommet, 8 présentation du siège, 19 positions transversales. Les 147 cas cités par M. Pinard sont répartis : 127 présentations du sommet, 18 présentations du siège, 1 présentation de la face et 1 présentation de l'épaule.

Maggiar donne dans sa thèse la statistique de 3,880 cas, dans lesquels la présentation du siège constitue 2,46 0/0, celle de l'épaule 0,41 et celle de la face 0,12.

Nous ne reproduisons pas les extraits des ouvrages de divers auteurs, extraits relatifs au travail dans le placenta prævia, puisque nous n'y trouvons rien de nouveau.

Mais il nous faut expliquer les cas dans lesquels le travail dans l'insertion vicieuse du placenta n'est pas accompagné d'hémorrhagie et pour cela nous nous adressons encore au travail et aux leçons de M. Pinard. Il a été dit, que d'après M. Pinard, il n'est pas possible que l'enfant naisse vivant dans les cas d'insertion complète, qui ne se compliquent pas d'hémorrhagie; autrement dit, que *dans la pluralité des cas d'insertion complète, l'hémorrhagie est inévitable*. Mais il existe toute une série d'insertions incomplètes, qui subissent la même loi pendant le travail, que pendant la grossesse : tantôt les membranes se rompent, tantôt le placenta se décolle. Mais si ce phénomène se produit pendant la grossesse sous l'influence de la tension

exagérée que subit le segment inférieur, c'est le glissement de la paroi utérine sur l'œuf, qui en est la cause pendant le travail.

Ajoutons enfin que la théorie d'accommodation de M. Pinard permet de ranger en parallèle avec les présentations vicieuses du fœtus des phénomènes, tels que la procidence des membres et du cordon, qui se rencontrent aussi dans les cas d'insertion vicieuse du placenta. D'après Maggiar la procidence et le procubitus du cordon rencontrent dans 0,78 0/0 des cas; du cordon avec les membres supérieurs dans 0.4 0/0; des membres dans 0,86 c. qui fait la proportion totale des procidences égales à 1,74 0/0.

La procidence du cordon est favorisée aussi par le voisinage du placenta de l'orifice interne du col; ce qui constitue avec le défaut d'accommodation les causes principales de cet accident. On n'en peut dire autant de l'insertion du cordon, qui d'après Levret devrait s'insérer d'autant plus près du bord du placenta que ce bord est plus voisin de l'orifice interne. Les observations nouvelles ont prouvé la fausseté de la « loi de Levret ». Si dans les cas normaux la fréquence de la procidence du cordon est à peu près 1 : 227; cette fréquence atteint dans les cas du placenta prævia 1 : 12 (Porak) 1 : 45 (Nordman), 1 : 64 (Oberman).

L'étude des phénomènes pendant la délivrance doit être nécessairement très brève; les auteurs, pour la plupart, passent sur cette période. Chez Holst elle est étudiée séparément mais brièvement; nous trouvons

L'hémorragie comme une complication principale, sinon unique, qui a pour cause le défaut de contractilité du segment inférieur. Holst rappelle les cas, dans lesquels quelque temps après la cessation complète d'hémorragie, quand tout danger semblait être conjuré, les femmes mouraient subitement. Nægele donne l'explication probable de ce phénomène : « une fois l'utérus complètement vidé, le sang dont la masse totale est déjà réduite afflue en trop grande abondance vers les vaisseaux du bas-ventre débarrassés de la pression qu'ils subissaient; il s'ensuit que certains organes importants et notamment le cœur et les poumons sont privés du stimulus nécessaire à l'exercice de leurs fonctions. Dans ce cas les femmes succombent à la paralysie du cœur et du poumon, après une agonie de quelques minutes, caractérisée par une anxiété très vive et un sentiment d'oppression mais le plus souvent sans perte de connaissance. »

L'hémorragie et la mort subite constituent la pathologie de la délivrance dans le placenta prævia, M. Pinard dit même, que ces hémorragies sont assez communes dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, parce que les conditions de retractilité et de contractilité du segment inférieur ne ressemblent pas à celles du segment moyen ou supérieur.

Quant à la période puerpérale il ne lui reste que l'anémie qui peut provenir directement de l'insertion vicieuse du placenta. Mais si l'on prend en considération la nécessité d'intervention, qui augmente les

chances d'infection; si l'on considère les cas, où la rupture des membranes en même temps que la présence du fœtus mort dans la cavité utérine entraînent le même résultat; on ne s'étonnera pas, que les complications soient assez fréquentes après l'accouchement compliqué d'insertion vicieuse du placenta.

Diagnostic

Guillemeau donne la première indication, comment il faut procéder pour arriver au diagnostic du placenta prævia. « Sentant telle mollasse, on a souvent l'opinion que le col n'est pas ouvert. Mais si le chirurgien ou sage-femme observent diligemment le tour et la circonférence d'iceluy col, ce qu'il fera mettant son doigt index le plus haut qu'il pourra, en le tournant tout autour du col, il se trouvera ouvert et dilaté et jugera facilement que c'est l'arrière faix qui se présente. » Deventer s'appuie aussi sur la sensation au toucher et sur l'hémorrhagie. L'étude de Brand est très instructive. L'examen au toucher, d'après Brand relève les faits suivants : Deux mois avant le travail on ne perçoit pas les parties fœtales qui se présentent, mais une masse molle, fongueuse : au début du travail on ne trouve ni membranes, ni fœtus ; mais la même masse spongieuse, « *massa arata sulcis anfractuosis interpositis lobubis eminentibus* ; » en même temps on trouve des caillots de sang, et le placenta, chassé partiellement par l'orifice, semble être strangulé.

L'étude des particularités d'hémorrhagies comprend

les éléments suivants : l'hémorrhagie arrive le plus souvent dans les derniers mois de la grossesse sans cause externe ; elle cesse facilement et se répète plusieurs fois ; à chaque répétition elle devient plus forte, et souvent très abondante au début du travail ; pendant les contractions elle augmente et après l'extraction des caillots. Brand donne comme un élément du diagnostic l'affaiblissement des douleurs et la fluctuation amniotique.

Baudelocque attribue très peu de valeur à tous les signes que nous trouvons chez Brand, excepté à ceux qui se relèvent par l'examen manuel. « Aucuns signes extérieurs, dit-il, ne peuvent nous instruire sûrement avant l'accouchement du lieu qu'occupe le placenta, si ce n'est lorsqu'il est sur le col de la matrice ou tout à fait dans le voisinage, que le doigt peut nous faire découvrir. Mais il est facile d'en juger après la sortie de l'enfant en suivant le cordon jusqu'au-dessus de l'orifice et en observant s'il descend de la partie antérieure, de la partie postérieure ou bien de l'un des côtés de la matrice. » Mais ce qui constitue le plus grand mérite de Baudelocque, c'est de nous donner le moyen du diagnostic rétrospectif de la distance qui sépare le placenta de l'orifice interne ; grâce à ce moyen, appliqué à la clinique Baudelocque, nous connaissons maintenant quelle est la fréquence de l'insertion vicieuse du placenta. C'est peut-être grâce à lui que M. Pinard a démontré la fréquence de la rupture prématurée des membranes dans les cas de cette ano-

malie placentaire. Baudelocque dit : « ce n'est qu'après la sortie du placenta qu'on peut juger de combien il était éloigné de l'orifice en faisant attention à la distance de l'ouverture des membranes du milieu de la face interne de cette masse. » Ce procédé est modifié en ce sens, que l'on mesure la distance entre l'ouverture des membranes et le bord placentaire. Sur ce moyen M. Pinard s'exprime ainsi : » Je sais bien que cette méthode de procéder offre prise à la critique et que l'on peut m'objecter avec raison que les membranes ne se rompent pas toujours de la même façon, que la déchirure peut s'étendre à droite, à gauche, en avant, en arrière, que les membranes ne se rompent pas au même niveau, que l'amnios peut glisser sur le chorion et présenter une ouverture ne correspondant pas à celle du chorion et de la caduque. Mais j'avouerai, que je n'ai pas trouvé d'autre moyen pouvant me conduire à la connaissance de l'assertion du placenta. J'ai pensé, qu'en employant ce procédé, même imparfait dans tous les cas je pourrais obtenir des résultats comparables, » Holst croit aussi qu'il n'y a qu'un seul symptôme certain du placenta prævia, notamment la constatation au toucher de la masse placentaire au-dessus de l'orifice interne; il donne le conseil d'examiner la malade pendant les contractions, puisqu'alors il est plus facile de faire cette constatation. En même temps on trouve la portion vaginale plus épaisse, plus molle, parfois d'un seul côté seulement.

Quant à l'hémorrhagie Holst n'ajoute rien de nou-

veau à ce que nous avons déjà trouvé chez ses prédécesseurs.

Les recherches de Cohen ont pour nous une importance considérable; elles ne se rapportent autant au diagnostic général de l'insertion vicieuse du placenta qu'à la constatation, où se trouve le petit lobe, c'est-à-dire la petite partie du placenta et où il faut diriger la main pour pouvoir décoller le placenta et arriver aux membranes sans faire courir le danger, ni à la mère, ni au fœtus.

Cohen rappelle d'abord, que d'après plusieurs autorités, la partie de la portion vaginale, correspondant au plus grand lobe du placenta est plus ramollie; mais Cohen n'a pas confirmé lui-même ces rapports. Le deuxième signe est une douleur du côté de la grande partie du placenta; c'est une conséquence logique de ce fait, que les femmes ressentent toujours pendant la grossesse une douleur à l'endroit correspondant à l'insertion placentaire (presque toujours du côté droit); or puisque d'après Cohen le grand lobe du placenta présente le placenta vrai, primitif et le petit lobe n'est formé que par son accroissement: il s'en suit que la douleur doit exister du côté de la grande portion du placenta. Mais ce n'est pas encore un signe sûr; c'est le signe suivant qui donne toute la certitude. Pénétrer, avec le doigt jusqu'à 2-3 mm. au delà de la phalangine (Mittelglied) entre le placenta et la paroi utérine d'abord du côté gauche (puisque le grand lobe est plus souvent du côté droit); si l'on n'atteint pas les mem-

branes il faut diriger le doigt du côté droit; et même dans les cas exceptionnels du côté antérieur ou postérieur. On voit que le troisième signe n'est pas toujours sans danger pour la malade; et cependant, puisque ce moyen est en même temps une partie du traitement, il perd beaucoup de sa gravité par les manœuvres qui le suivent, et qui seront exposées au chapitre du traitement. Sirelius s'occupe du même sujet; pour faire le diagnostic il conseille à côté des signes du Cohen d'attacher de l'importance aux nodosités et aux saillies sur la surface du placenta, parce que non seulement elles peuvent faire reconnaître l'insertion sur le col, mais encore qu'elles pourront faire constater une division du placenta en 2 portions et faire agir en conséquence. »

Cazeaux constate, que dans les cas du placenta prævia le ballotement du fœtus est difficilement perceptible ou même ne l'est pas. Chantreuil a trouvé parfois au toucher du col utérin les poulx isochrone avec les pulsations fœtales; il engage l'observateur à faire le diagnostic différentiel entre l'hémorrhagie du placenta prævia, et celle des corps fibreux, du cancer du col, de l'abuminurie.

Nægele, tout en confirmant les caractères d'hémorrhagie, constatés par ses prédécesseurs, caractérise ainsi les résultats du toucher digital : « segment supérieur est très épais et ramolli, on ne sent aucune partie fœtale ou on ne la perçoit que vaguement, bien que la tête se présente d'ordinaire; la portion vaginale du col

est élevé ; les lèvres du col sont tuméfiées ; le col est flasque, et même il est plus souvent béant, le doigt y rencontre le tissu placentaire, spongieux, qui fait quelquefois l'hernie à travers l'ouverture utérine. La constatation de la présence du placenta à l'orifice est en réalité le seul indice, qui permette de poser un diagnostic certain. Le bas ventre paraît souvent moins distendu que d'ordinaire parce que le placenta correspond au segment inférieur de la matrice. »

Il est réellement difficile d'ajouter quelque chose aux éléments du diagnostic, que nous avons trouvé jusqu'à présent chez les divers auteurs. Mais ce diagnostic n'est jamais porté avant l'hémorrhagie ; personne ne s'occupe des signes, qui permettraient de le poser avant que cet effrayant accident fasse penser l'accoucheur à l'insertion vicieuse du placenta. Encore une fois, grâce aux recherches de M. Pinard et de son école on est à même de résoudre ce problème et préserver la femme du danger, dont elle est menacée. Dans le travail de M. Varnier, nous trouvons toutes les indications, comment il faut procéder pour s'assurer de l'existence du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.

« Chez une primipare enceinte de 7 mois et demie la tête du fœtus est trouvée non pas engagée dans l'excavation, mais mobile au détroit supérieur, parfois même refoulée dans une des fosses iliaques. On doit immédiatement rechercher s'il n'existe pas chez cette femme une des causes habituelles de non-accomodation

pelvienne. Le bassin est-il restreint dans le diamètre antero-postérieur du détroit supérieur ? Non. Le liquide amniotique est-il en quantité anormale et par suite la paroi utérine présente-t-elle cette tension constante, qui caractérise avec l'excès du volume du ventre et la mobilité extrême du fœtus l'hydropisie de l'amnios ? Non. Le bassin au lieu d'être petit est-il remarquablement large et le non-engagement de la tête n'est-il que momentané et dû, soit à la distention de la vessie par l'utérus, soit à la réplétion du rectum ? Non. — Dans ces conditions et en dehors de toute malformation utérine on doit soupçonner, que le défaut d'engagement est dû à la présence du placenta sur le segment inférieur. »

Mais comment faut-il procéder dans les cas de la présentation du siège, où le non-engagement est la règle ? d'autre part, le non-engagement de la tête chez les multipares est constant jusqu'au dernier temps de la grossesse et ne nous fait pas penser à aucune anomalie. Alors il faut avoir recours au toucher. »

Segment inférieur n'a pas sa minceur habituelle ; à côté d'une surface souvent minime, qui a gardé cette minceur, on en trouve une autre très épaisse empêchant de percevoir le caractère de la région fœtale. Celle-ci semble séparée du doigt par un gâteau donnant au doigt une sensation analogue à celle qu'il perçoit en touchant directement le gâteau placentaire, après la délivrance. » Cette inégalité de l'épaisseur du

segment inférieur permet aussi de constater de quel côté est la petite partie du placenta sans avoir recours à la pénétration du doigt dans la cavité du col de l'utérus.

Pronostic

L'insertion vicieuse du placenta appartient aux maladies très peu nombreuses dont le pronostic dépend en grande partie du traitement ; par conséquent il serait beaucoup plus commode et plus rationnel de faire un pronostic d'après les résultats de chaque manière d'agir dans le cas du placenta prævia. C'est ce que nous avons l'intention de faire. Ici nous voudrions relever celles des circonstances, qui en dehors du genre du traitement, aggravent la situation par elles-mêmes, en assombrissant en même temps le pronostic. Quant aux conclusions des auteurs sur la gravité de cette anomalie placentaire, elles sont basées sur les résultats, qui dépendent, comme nous l'avons dit, principalement du traitement ; elles trouveront leur place après l'exposé de chaque méthode de traitement.

C'est chez Brand, que nous trouvons la première étude des faits, ayant une valeur pour le pronostic. L'insertion centrale est la plus grave ; plus le placenta est décollé, plus la situation est dangereuse ; elle s'aggrave par la durée de l'hémorrhagie, par l'absence ou faiblesse des contractions utérines, par les positions

vicieuses du fœtus. Le pronostic dépend en outre de l'état de l'orifice utérin ; plus le col est dilaté, mou et court, moins la situation est dangereuse ; enfin l'état général de la femme joue un certain rôle en permettant de supporter plus ou moins facilement les pertes de sang.

Plusieurs auteurs qui s'occupèrent plus tard de la même question sont d'accord sur tous les points avec Brand. Seul Simpson, avec sa théorie constitue une exception ; pour lui, comme nous avons vu, le degré du décollement du placenta est en rapport inverse avec la gravité de la situation ; le pronostic est d'autant meilleur que le placenta est plus décollé. Après ce que nous avons dit au chapitre de symptomatologie, nous croyons inutile d'expliquer cette manière de voir de Simpson.

A côté de l'étude du péril que présentent les diverses variations du placenta prævia, nous devons placer la question dont s'occupe M^{lle} Dylion, à savoir en quoi consiste la gravité de ces cas pour la mère et pour le fœtus ? Les symptômes que nous avons étudiée jusqu'à présent font ressortir le danger d'une manière évidente. Pour la mère les dangers sont les suivants : les présentations vicieuses, qui rendent les accouchements difficiles ; la septicémie causée autant par la nécessité d'intervention que par auto-infection après la rupture des membranes, le fœtus étant mort ; enfin l'hémorrhagie qui est l'accident le plus grave et le plus fréquent du placenta prævia, et qui menace la femme pendant la

grossesse, pendant le travail et pendant la délivrance.

Le fœtus est exposé aussi au danger dans le cas du placenta prævia ; il souffre du trouble d'accomodation et de ses conséquences (procidence du cordon, des membres), il a moins de chances de survivre autant par le défaut de nutrition durant sa période de la vie intra-utérine, que par l'expulsion avant terme ; enfin l'asphyxie pour le fœtus est une cause de mort, qui équivaut à l'hémorrhagie pour la mère.

Traitement

De très nombreux moyens ont été proposés dans le but de combattre le symptôme le plus périlleux et en même temps unique, qui demandait une intervention. L'hémorrhagie, car c'est elle dont il s'agit, constituait le point principal de la préoccupation générale. Tantôt s'inspirant des idées sur le mécanisme de l'hémorrhagie, tantôt des moyens que l'on croyait être employés par la nature pour l'arrêter, on proposa un grand nombre de méthodes de traitement.

Mais plusieurs passèrent sans avoir aucun retentissement dans la science; plusieurs constituent une modification insignifiante des méthodes antérieurement connues. Nous allons étudier tous les moyens, qui sont ou étaient employés dans la pratique et qui ont une certaine dose d'originalité; pour les autres nous croyons une petite mention suffisante. Mais, puisque au moment actuel il n'y a pas de méthode, unique admise par tous les médecins, nous sommes obligés de faire plutôt l'histoire de chaque méthode à part, que du traitement général. Qui a préconisé ces méthodes et quelles méthodes? Quelles modifications ont-elles

subi plus tard? jusqu'à quel moment ont-elles existé et où avaient-elles des partisans. Voici le chemin que nous allons suivre.

1^{re} Méthode de Louise Bourgeois et de Guillemeau dite « Accouchement forcé »

La méthode la plus ancienne, employée seule pendant un certain temps et qui n'avait pas été totalement rejetée même après l'apparition des autres méthodes et conseillée il n'y a pas longtemps encore par Naegele et Spiegelberg est celle de Louise Bourgeois et Guillemeau. Si la première l'a réellement inventé Guillemeau en a donné une description beaucoup plus explicite.

Voici les extraits les plus caractéristiques de ces deux auteurs, qui donnent une idée sur cette méthode.

Louise Bourgeois dans le chapitre intitulé :

« Qu'il y a un accident, il faut promptement accoucher une femme à quelque terme que ce soit, pour conserver sa vie » dit ce qui suit :

« C'est quand une femme a une perte de sang démesurée sur sa grossesse, le plus tôt que l'on peut il faut la boucher d'autant que l'air attire le sang, lui donner ce que l'on peut pour lui faire reprendre ses esprits, pour qu'elle supporte l'accouchement, et il ne faut donner aucun remède par la bouche; ni clystère d'autant

qu'ils exciteraient la perte davantage, *mais il faut venir à l'extraction de l'enfant avec la main; la faiblesse relâche les ligaments du col de la matrice tellement qu'elles s'ouvrent autant que si la femme avait de grand nombre des douleurs; mais les caux ne se trouvant pas formées, il faut rompre les membranes qui environnent l'enfant, ainsi que l'on ferait d'une porte, pour sauver une maison du feu et tirer l'enfant par les pieds; c'est le moyen de sauver la mère et de donner le baptême à l'enfant.*

M. Le Fébure récita cette pratique aux Écoles de médecine et dit, qu'il conseillait en tel cas aux assistants d'y procéder de même, vu qu'il avait vu mourir d'honnêtes femmes faute de l'avoir faite. Environ un an après je fus appelé pour voir la femme d'un fripiér, laquelle n'avait pas eu une perte si à coup, elle fut quatre ou cinq jours :

Comme elle vit, qu'elle n'en pouvait plus, elle m'envoya prier de l'aller voir, je la trouvais en une sueur froide, le poulx d'une personne qui se mourait; j'envoyai quérir un chirurgien pour éviter le blâme et pour ôter le regret de la laisser mourir sans l'accoucher en diligence, lequel l'accoucha fort doucement; un quart d'heure après elle mourût; étant ouverte, il ne fut pas trouvé en son corps une goutte de sang; si elle eût été secourue à temps on l'eût sauvée : la sage-femme lui disait, qu'il fallait laisser faire la nature et qu'elle en avait vu d'autres fois des mêmes : Je n'entends pas que sitôt qu'une femme a une perte de sang, que

l'on procède de cette façon; *mais il faut veiller sur elle, comme le chat sur la souris* et faire la guerre au doigt et à l'œil. Il se trouve bien des femmes, qui ont leur mois sur leur grossesse, pourvu que cela ne dure guère et que ce soit en petite quantité, il ne faut pas en venir à ce remède; mais ceux ou celles qui sont appelés doivent prendre le soin et en sortir avec honneur : d'autant que les malades ne connaissant pas la conséquence de leur mal le négligent.

J'ai vu peu de femmes qui *ayant eu des pertes de sang pendant leur grossesse ne soient accouchées avant terme et plus souvent d'enfants morts que vivants.*

Moi connaissant, que le flux de sang n'est entretenu que par la grossesse; l'ayant vu cesser sitôt que la femme est accouchée, *j'ai mis cette pratique en avant*, laquelle j'ai connu trop tard à mon gré, pour la conservation de celles que j'ai nommées encore, qu'elles n'ayant été servies de moi, mais si la pratique en eût été plus tôt en usage, elles fussent encore vivantes au contentement de leurs familles ».

Louise Bourgeois indique clairement, que c'était elle, qui préconisa la nouvelle pratique; elle parle longuement sur la mort de celles, qui ont été soignées autrement, du sauvetage de femmes, qui ont subi cette pratique. Mais, comment rompre les membranes, comment agir si l'on arrive avec le doigt au placenta, enfin comment arriver aux pieds de l'enfant : Toutes ces indications manquent chez Bourgeois. Voilà pourquoi elle doit partager le mérite avec Guillemeau

qui ne laisse aucun point sans le prendre en considération. Voici la description de cet auteur.

« Comme le chirurgien ou sage-femme auront jugé, que c'est l'arrière-faix : *si tout le corps d'iceluy est situé droit au milieu de l'ouverture du col intérieure de la matrice*, et qu'il ne puisse être facilement détourné, il faut, *que le chirurgien le fende en deux* de ses doigts, afin de donner passage à sa main pour aller chercher l'enfant ; car le voulant détourner par violence il apporterait trop de douleurs et d'incommodité : *Mais s'il n'est du tout au milieu il le fera détourner le plus dextrement possible* et puis il ira chercher les pieds de l'enfant pour le tuer... (page 231). Pour secourir la femme, quand l'arrière-faix se présente le premier au conduit de la nature de la femme, le plus sûr et expédient est de délivrer soudainement la femme d'autant qu'il s'ensuit ordinairement continuel flux de sang pour ce que les embouchures de veines qui sont situées aux parois de la matrice (esquelles celles de l'arrière-faix étaient jointes) sont ouvertes. Mais devant que rien attenter, il faut observer deux choses : La première est de considérer si le dit arrière-faix est peu ou beaucoup avancé et sorti : car étant peu avancé il sera remis et repoussé le plus diligemment que faire se pourra : et si la tête de l'enfant se présente, elle sera conduite droit au couronnement pour aider à l'accouchement naturel. Mais s'il se trouve quelque difficulté, et que l'on aperçoive que la dite tête ne se puisse tôt avancer ou que la

mère, ou l'enfant ou tout deux ensemble soient débiles : prévoyant que l'accouchement soit long, sans faut le plus expédient sera de chercher les pieds de l'enfant, comme nous avons dit, et le tirer doucement par iceux. L'autre point à observer est si le dit arrière-faix est fort sorti et qu'il ne se puisse remettre haut pour sa grosseur, que pour le flux de sang, qui l'accompagne ordinairement : joint aussi que l'enfant le suit de près, et ne demande qu'à sortir et venir au monde, *il faudra tirer du tout le dit arrière-faix* : lequel étant tiré et sorti, sera mis à côté sans couper le boyau qui est adhérent à iceluy ».

Les détails sont beaucoup plus nombreux chez Guillemeau que chez Louise Bourgeois; mais aucun d'eux ne parle pas de la manière d'agir dans les cas où le col de l'utérus serait non dilaté.

Mauriceau et Portal ont eu certaines particularités dans leur intervention; celles-là seront relevées plus tard comme étant les premiers germes des autres méthodes. Mais d'une façon générale aussi bien Mauriceau que Portal sont partisans de l'accouchement forcé; il faut noter cependant, que Portal pénètre dans la cavité utérine en séparant le placenta de son lieu d'insertion et non en le fendant en deux comme cela a été conseillé par Guillemeau.

Peu veut limiter l'intervention à des cas où la dilatation du col est complète? dans le cas contraire il faut se fier à la nature.

Friederici donne une bonne description des pro-

cédés contemporains pour l'exécution de l'accouchement forcé. Il dit : « In hujus operationis descriptione variant autores. Alii volunt placentam vel manu vel alio modo esse perforandam postea fœtum per factam aperturam pedibus extrahendum, et denique reliquum placentæ, utero adhuc adhœrens manibus separandum. Alii totam placentam prius ab uteri orificio separare conantur, postea fœtum pedibus extrahunt. Utraque methodus admodum periculosa est; nam dirrupta per medium placenta magna liquoris vitalis quantitas tam e fœtu quam ex matre summo cum impetu effunditur et fœtus raro vivus conservatur. Placenta omnino ab utero separata et ante fœtum extracta, infans non minus de vita periclitatur dum circulatio sanguinis per satis longum intervallum suspenditur. Optimum itaque est, ut obstetricans placentam uno latere summa cum diligentia ab utero separet, postea infantem pedibus extrahat, et fœtu ex utero excluse reliquum placentæ utero adhuc affixum digitis placide divellat ».

D'après Levret « il n'y a en pareilles circonstances que l'accouchement forcé qui puisse mettre en sûreté la vie de la mère ». Smellie a recours à cette méthode, mais seulement, quand les autres moyens sont insuffisants. Astruc la pratique toujours : le col est-il dilaté ou non, cela n'exerce aucune influence sur le choix d'intervention, il faut seulement dilater le col, s'il ne l'est pas avant l'opération. C'est le premier point sur lequel Astruc donne une indication différente de celle de Peu. — Astruc tantôt décolle le placenta, tantôt

le déchire, pour pénétrer dans l'intérieur de l'œuf; il n'est pas si exclusif que Guillemeau et même que Portal et cela constitue le deuxième point de son originalité. Après la rupture des membranes la perte diminue; mais « il faut continuer de se hâter et ayant reconnu la situation de l'enfant par la déchirure des enveloppes l'accoucher sans délai par la tête s'il se présente par la tête, ou par les pieds si c'est par les pieds qu'il se présente, ou que la mauvaise situation qu'il a dans la matrice oblige de le ramener à cette situation ».

Deleurye s'élève contre la déchirure du placenta; il le décolle du côté de l'inclinaison de la matrice provoquée par le lieu d'insertion du placenta, il perce les membranes, va à la recherche des pieds de l'enfant, mais ne fait l'extraction que jusqu'à la poitrine. Deleurye laisse l'enfant dans cette position, afin que le fond de l'utérus ait le temps de diminuer de volume.

La déchirure du placenta d'après cet auteur est nuisible, parce que « l'on prive l'enfant du fluide nécessaire à sa vie; d'autre part la portion du placenta restée à la matrice entretiendrait la dilatation des sinus et favoriserait l'excrétion ».

Brand critique les autres méthodes et reste partisan de l'accouchement forcé. De même Lebas (1780) Plenck (1781) Denman ont recours à cette pratique.

Chez Baudelocque nous trouvons des points des plus intéressants sur la conduite à tenir dans le cas où le col n'est pas dilaté; nous avons vu, que Peu recommande

alors l'abstention, qu'Astruc au contraire ne considère pas cette circonstance comme servant d'obstacle à la pratique de l'accouchement forcé, Or, Baudelocque donne la troisième opinion sur ce sujet. « La conduite qu'on doit tenir dans les premiers instants est subordonnée à l'intensité de la perte et au temps où elle se manifeste avec force. Quelquefois au moment où elle s'annonce et se déclare avec abondance, le col de la matrice conserve encore toute son épaisseur et sa fermeté naturelle et l'orifice à peine entr'ouvert n'admet que difficilement le doigt; d'autres fois la perte se manifestant plus tard les parties sont déjà disposées à l'accouchement ou le travail en est commencé et même très avancé.

Dans le premier cas, quelle que soit l'abondance du sang, que répande la femme rien ne saurait justifier la conduite du praticien, qui s'obstinerait à vouloir opérer l'accouchement sans délai. Il doit se contenter de suspendre ou de modérer l'hémorrhagie par l'application des liqueurs froides et stimulantes sur le ventre et les cuisses de la femme, et surtout en tamponnant le vagin et le col de la matrice même, s'il le peut. S'il n'obtient rien de ces moyens il provoquera les douleurs de l'accouchement en irritant convenablement le bord de l'orifice de la matrice et en faisant de fortes frictions sur le ventre soit avec la main seule, soit avec des serviettes chaudes. Il ouvrira la poche des eaux, si la perte continue malgré ces secours, afin que la matrice se resserre sur l'enfant, et il continuera d'exciter les

douleurs jusqu'à ce que le travail soit bien établi. Lorsque la perte diminue dans la proportion que les douleurs augmentent on abandonne l'expulsion de l'enfant aux soins de la nature, mais si elle se soutient au point d'affaiblir la femme, il faut achever l'accouchement. On dilate alors graduellement le col de la matrice en y introduisant les doigts successivement; on déplace la tête de l'enfant, si c'est elle qui se présente, on le retourne et on l'amène par les pieds. »

Cet éclectisme qui saute déjà aux yeux dans la description de Baudelocque devient encore de plus en plus évident chez les auteurs suivants. A côté des auteurs qui préconisent les nouvelles méthodes, nous trouvons un grand nombre d'observateurs, qui réservent l'accouchement forcé au cas, où la dilatation du col est complète; mais tous, sans exception, recommandent d'agir avec la plus grande douceur si le col n'est pas dilaté. L'accouchement forcé proprement dit a disparu; il n'en est resté que la version et l'extraction de l'enfant après la rupture préalable des membranes, et comme tel, il a été pratiqué en cas de nécessité par Rigby, Kilian, Hohl, Stevart, Maygrier. Moreau, Jacquemier, Chantereuil, Nægele. Pour les uns ce moyen adouci trouvait son indication dans tous les cas du placenta prævia avec la dilatation suffisante du col. (Rigby, Stevart, Moreau); les autres exigèrent à côté de la dilatation du col pour pratiquer cette méthode l'insertion complète centrale du placenta.

Moreau et Jacquemier conseillent de décoller le pla-

centa plutôt que de le perforer ou de le déchirer; Moreau s'élève contre la perforation puisqu'elle est parfois difficile et demande une pression en haut, qui le décolle; puisque enfin la déchirure peut intéresser le vaisseau principal du placenta. Chantreuil et Nægele s'accordent, qu'il faut pratiquer la version toutes les fois, que la dilatation étant complète il y a hémorrhagie par placenta prævia: « dut-on pour cela, dit Chantreuil, se frayer un passage en décollant une portion du placenta; » cependant quand la tête est engagée ils préfèrent l'application du forceps. Nægele était un des derniers, qui conseillait cette méthode; depuis ce temps on a presque complètement rejeté et abandonné l'accouchement forcé.

De nos jours Spiegelberg est presque l'unique accoucheur, qui conseille encore l'accouchement forcé, dut-on pour cela, non seulement dilater le col, mais même l'inciser. Il critique toutes les autres méthodes et reste fidèle à la devise : Arrêter l'hémorrhagie et tirer le plus vite possible l'enfant du danger qui menace sa vie ; il ne trouve que dans l'accouchement forcé l'application de cette devise.

En suivant le chemin indiqué au début de ce chapitre nous devons signaler ici que vers 1850 la méthode de Guillemeau fut baptisée a nouveau. On a nommé « procédé de Læwenhardt » un procédé d'après lequel on pénètre dans le tissu placentaire avec les doigts réunis de façon à former le cône ; on perfore le placenta, saisit les pieds de l'enfant et fait son extraction. Les com-

mentaires sont superflus sur ce « nouveau procédé. »

La critique de l'accouchement forcé, telle qu'elle a paru aux divers moments et chez divers auteurs trouvera sa place à côté de l'exposé de nouvelles méthodes : L'apparition de celles-ci étant toujours accompagnée de la critique de méthodes anciennes.

Pour donner les résultats de cette méthode nous reproduisons les statistiques des divers auteurs, qui nous informent sur la mortalité maternelle dans ce genre d'intervention.

	Nombre des accouchements forcés.	Nombre des morts.
Mauriceau.	14	1
Portal.	12	1
Giffard.	18	5
Smellie.	8	3
Rigby.	35	9
Clarke et Collins. . .	8	4
Busch.	5	2
Schweinhauser. . . .	46	11
Lachapelle.	13	7
J. Ramsbotam. . . .	86	40
F. Ramsbotam. . . .	96	37
Lewer.	30	7
Lec.	28	10
Wilson.	22	8
	421	144

Nous voyons par ces statistiques que la mortalité générale des mères a été de 34,2 0/0. Les autres statistiques portées sur 78 cas de mort nous apprennent qu'elle a été la plus fréquente dans les trois premières

heures qui suivirent l'accouchement (46 0/0); dans 12 cas (14 0/0) la mort est survenue quarante-huit heures après l'accouchement; 23 fois (29 0/0) à une époque plus éloignée; le reste sont les cas de mort avant l'accouchement. Une des plus graves circonstances qui augmente le chiffre de mortalité dans les cas du placentaprævia traités par l'accouchement forcé, c'est l'insuffisance de la dilatation du col. Simpson compte 21 cas de mort sur 25 cas du placenta prævia cité par divers auteurs.

D'après les observations de Rigby, concernant les enfants, on a constaté 35 morts sur 42 cas; mortalité infantile 83,3 0/0.

2° Méthode dite de Puzos

En pratiquant l'accouchement forcé, les accoucheurs ont dû suivre le chemin qui les a conduit à de nouvelles constatations. Ils dilataient l'orifice du col, cherchaient le moyen d'atteindre les membranes ou même ne se gênaient point de perforer le placenta; mais avant d'aller chercher les pieds de l'enfant ils furent frappés que ces deux premiers temps de l'opération suffissent souvent pour arrêter l'hémorrhagie. L'honneur d'avoir fait cette constatation appartient à Mauri-

ceau. C'est ainsi que la rupture des membranes, comme moyen de traitement, a été créée. C'est encore Mauriceau qui donne l'explication de l'action de ce moyen : d'après lui ; il diminue la distension de l'utérus. Mais ce n'est pas tout : Mauriceau veut que la rupture des membranes permette au fœtus de s'avancer sans pousser les membranes qui augmenteraient la perte du sang ; nous voyons que Mauriceau proclame la rupture large des membranes, *cette rupture qui constitue une des bases de la méthode (nouvelle), méthode de M. Pinard*. Mais vraiment le conseil de Mauriceau était trop sage, trop ingénieux pour être compris par ses contemporains. Pour éviter toute confusion avec la méthode de M. Pinard, disons de suite, que pour Mauriceau la rupture des membranes seule constituait tout le traitement et pas autant des hémorrhagies par le placenta prævia, que de celles du travail en général.

Avant de passer aux auteurs suivants, un mot sur la pratique de sage-femme Siegemundin (1689), à laquelle d'après Holst devrait appartenir l'honneur de la priorité du traitement du pl. prævia par la rupture des membranes.

D'abord nous sommes étonnés que Holst, dont le travail est si remarquable, a pu passer sur la méthode de Mauriceau sans avoir aperçu ce qu'il y a de plus important ; car alors il n'aurait pas de doute, comme nous n'en avons pas que Mauriceau dont l'ouvrage porte la date de 1675 doit avoir la priorité sur Siegemundin, qui écrivait en 1689. En outre si j'ai voulu

voir la genèse de la nouvelle méthode dans l'application de l'accouchement forcé ; d'un autre côté il m'est difficile de ne pas avouer, que le conseil de Siégemundin fait l'impression de ces pratiques mystérieuses que l'on peut encore trouver de nos jours chez les sages-femmes. Voici ce que dit Siegemundin : « Pour elles il n'y a d'autres moyens que de percer l'arrière-faix avec une épingle à cheveux, avec une petite main ou un fil de fer, ensuite passer avec les doigts dans l'ouverture. De cette façon les eaux s'écoulent, l'air arrive, bientôt les contractions commencent et l'hémorrhagie cesse ».

En 1718 Dionis commence la série des imitateurs de Mauriceau, qui n'ont emprunté de cet auteur, qu'une partie de ses conseils. Ils ne voient d'autre cause d'hémorrhagies que la dilatation outre mesure de la cavité utérine et le décollement du placenta ; et en se basant sur ces idées *ils se contentent de la simple perforation des membranes et de l'écoulement des eaux*. Le conseil de Dionis est assez bref et peu explicite : « Mais si la perte augmentait, dit-il, et qu'on connut qu'elle procédât du détachement de l'arrière-faix, il faudrait pour peu que la matrice fut dilatée *percer les membranes*, qui contiennent les eaux, pour que, ces eaux étant découlées, elles ne causent plus de distention aux membranes et n'obligent pas l'arrière faix de se détacher davantage, ce qui donne lieu à l'enfant de s'avancer dans le passage pour sortir au plus tôt » (p. 262 ch. 24).

Nous devons insister sur ce point que ni Mauriceau ni Dionis ne parlent qu'en général du traitement des hémorrhagies utérines pendant la grossesse et le travail. Deventer est le premier qui tient compte plutôt des cas du pl. prævia, et à cet égard son précepte vaut plus que celui de Puzos.

Chez Deventer nous trouvons la description minutieuse de *la perforation des membranes*; d'après lui il faut introduire 2 doigts dans l'orifice de l'utérus ensemble ou successivement; puis « ranger tellement le placenta, qu'on trouve la membrane, » déchirer les membranes avec les doigts ou avec les ongles; » ou si on ne peut écarter le placenta, on fait entrer les doigts dans sa substance et en les ouvrant et les agitant de tous côtés on le déchire jusqu'à ce qu'il soit percé, et alors au lieu du sang qui coulait auparavant les eaux sortent. Elles sont à peine sorties que l'écoulement du sang diminue ou cesse tout-à-fait. »

Deventer s'élève contre l'usage de perforer le placenta avec l'épingle à cheveux, puisque on peut alors blesser l'enfant. Après la déchirure du placenta il l'écarte, pour permettre l'engagement de la tête; dans les cas de mauvaise présentation il fait la version podalique. Smellie, comme nous avons dit, dans les cas d'extrême nécessité avait recours à l'accouchement forcé; mais en même temps il pratiquait la rupture des membranes et était convaincu de son efficacité. « Lorsque le travail dit-il est en train, et que de pareilles alarmes donnent lieu à une perte si considérable que

la malade en soit épuisée, il n'y a pas de meilleur expédient pour la faire diminuer que de rompre les membranes. »

Il paraît bizarre que la méthode qui a servi à Mauriceau, Dionis, Deventer, Smellie a du attendre l'observateur suivant pour être vulgarisée et baptisée; c'est Puzos qui lui a donné son nom. Si nous cherchons les causes de ce phénomène, il faut d'abord reconnaître que les auteurs ci-dessus pratiquaient la rupture des membranes comme moyen temporaire; s'il a paru insuffisant, on a eu recours à l'accouchement forcé.

Puzos a le premier déclaré la guerre à l'ancienne méthode en même temps qu'il a mis en relief la supériorité de la méthode nouvelle; celle-ci était pour ainsi dire son enfant unique; voilà la raison, qui lui a fait concerner les droits de paternité. Puzos est d'accord, que le meilleur moyen est de faire accoucher la femme, mais l'accouchement forcé est un mauvais moyen, parce que après l'extraction de l'enfant « la matrice doit faire en un instant dix fois plus de chemin, qu'il ne s'en fait en une heure ou deux dans le travail de la nature. Or comme il faut beaucoup de force pour exécuter une action si considérable et que le sang perdu jette plutôt la matrice dans l'affaissement que dans la vigueur il n'est pas surprenant de sentir couler le sang par des vaisseaux restés béants dans le fond d'une partie sans action... »

L'accouchement forcé est un mauvais moyen; l'ac-

couchement normal par sa lenteur laisse mourir la femme, en donnant au sang le temps de s'échapper de son corps. Il faut combattre cette lenteur en empruntant quelque chose de l'accouchement forcé; c'est ce qui constitue la méthode de Puzos.

« Il s'agit, dit-il, *d'augmenter la dilatation de l'orifice avec le travail des doigts dans le même ordre et avec autant de douceur que la nature a coutume de s'y employer dans les cas ordinaires.* Pour cet effet il faut introduire un ou plusieurs doigts dans l'orifice, avec lesquels on travaille à l'écarter par des degrés de force proportionnés à sa résistance; *cet écartement gradué, interrompu de temps en temps par des repos fait naître des douleurs,* il met la matrice en action et l'un et l'autre font gonfler les membranes, qui contiennent les eaux de l'enfant; l'attention pour lors doit-êtr*e d'ouvrir les membranes le plus tôt qu'on peut procurer l'écoulement des eaux,* parce que leur écoulement diminue déjà l'écartement de la matrice, qui fournit à cette partie le moyen de se contracter et de s'emparer de l'espace qu'elles occupaient dans cette cavité. La matrice ainsi resserrée et tendant à l'être davantage presse l'enfant du fond vers son orifice elle y exerce de plus fortes douleurs, les efforts volontaires et involontaires s'y joignent. »

« Le sang qui s'échappait se trouve retenu dans les vaisseaux par la compression générale et par le resserrement de la partie; enfin la nature et l'art concourant

ensemble pour avancer l'accouchement, il se fait d'ordinaire en assez peu de temps et l'on a presque toujours la satisfaction de sauver la vie à la mère et à l'enfant, qu'ils auraient infailliblement perdue par l'accouchement simplement naturel et qu'ils auraient extrêmement risquée par l'accouchement forcé. »

En résumé Puzos poursuivait le double but : *d'accélérer le travail par dilatation du col et faire cesser l'hémorrhagie par diminution de la distension de l'utérus*. En même temps il a cru éviter l'atonie utérine apparaissant après l'accouchement forcé.

Quelle était la destinée de la méthode de Puzos ?

Les contemporains de Puzos n'ont pas eu trop de confiance en cette méthode; Astruc, De la Motte, Deleurye restent partisans de l'accouchement forcé; Brand dit franchement : « verumtamen methodum puzosianam mederi vix credo. » Bientôt les difficultés de la lutte deviennent plus grandes : la victoire n'est pas encore assurée au nouveau traitement, quand apparaît la troisième méthode, qui y introduisait encore plus de douceur que celle de Puzos. Le promoteur de la nouvelle méthode n'épargne pas de vives critiques à celle de Puzos. Dans ces conditions celle-ci pénètre difficilement dans la pratique et rarement seule; pour la plupart elle était destinée aux conditions spéciales, en dehors desquelles on avait recours aux autres méthodes. Rigby la condamne en ces mots :

« Cette méthode recommandée par Puzos dans son mémoire sur les pertes de sang est un très bon moyen

sans doute, si l'on en fait usage, que dans les cas d'hémorrhagie occasionnée par la séparation accidentelle du placenta. Mais il est probable qu'il n'a rencontré que de ces cas-là; il paraît même n'avoir pas pensé, que cette masse put se trouver quelquefois attachée sur l'orifice de l'utérus. Il est certain que *dans ce dernier cas sa méthode serait dangereuse.* »

M^{me} Lachapelle (1825) est une des premières qui adapte la méthode de Puzos et la regarde comme moyen radical du traitement. Velpeau (1835) pratique aussi la rupture des membranes mais seulement, « quand il n'y a point à reculer la sortie du fœtus, » c'est-à-dire il la réserve au cas, où le col est complètement dilaté. Jacquemier (1846) limite plus encore l'emploi de la méthode de Puzos; il trouve la contre-indication formelle pour elle dans l'insertion centrale du placenta et la réserve au cas de l'insertion partielle et latérale. Plus nous nous approchons de nos temps, plus les indications pour la méthode Puzos diminuent. Chantreuil demande que l'enfant se présente par l'extrémité céphalique, que la femme soit en travail, que l'orifice du col ait déjà acquis les dimensions d'une pièce de deux francs, enfin que les membranes occupent une partie du champ de l'orifice.

Les indications de la méthode de Puzos sont déjà très limitées; mais l'action de la rupture des membranes reste encore vers 1880 expliquée presque de la même façon qu'elle l'est chez Puzos.

« *La poche rompue, dit Chantreuil, la matrice peut*

se rétracter un peu, ce qui est favorable à l'arrêt de l'hémorrhagie; en outre et ceci est plus important l'extrémité fœtale descend et vient comprimer le segment inférieur de l'utérus. Cette compression a souvent pour résultat d'appliquer l'une contre l'autre les parois utérines et d'accélérer la dilatation de l'orifice.

« C'est ce dernier avantage, qu'avait surtout en vue Puzos. »

M. Auvard donne les conditions suivantes de l'efficacité de la rupture des membranes; d'après cet auteur il faut, que la partie fœtale soit engagée, que les contractions utérines soient fortes, et enfin que la dilatation de l'orifice utérin soit avancée. En général M. Auvard, sur 16 fois, où il a fait une rupture des membranes, a obtenu 14 fois un bon résultat. Mais il réserve cette méthode aux cas, où la dilatation du col est assez grande, les membranes accessibles aux doigts et le fœtus se présente par la tête.

M. Tarnier était autrefois partisan de la rupture des membranes dans les mêmes conditions que Chantreuil, mais plus tard il renonça tout à fait à cette méthode. « Si l'hémorrhagie se fait pendant le travail dit-il, j'avais l'habitude de faire la perforation, mais je n'emploierai plus ce procédé, qui du reste n'est pas commode à exécuter pendant le travail. »

Schröder est un auteur unique, qui donne une autre explication de la rupture des membranes; il conseille de la pratiquer dans l'insertion latérale du placenta. Nous avons relaté déjà sa théorie d'hémorrhagie pen-

dant le travail compliquée de l'insertion sérieuse du placenta. Ajoutons qu'en rompant les membranes, Schroeder permettant aux parois utérines réunies avec les membranes et le placenta de glisser ensemble sur le fœtus ; or il est le *premier* après Mauriceau qui *présente la rupture large des membranes*. Mais Schroeder après la rupture des membranes faisait *rupture à l'aide d'un spéculum* ; *premier* pour l'affirmer, qu'il n'y a rien de commun entre son traitement et la méthode de M. Pinard.

L'histoire de la méthode de Puzos nous montre 1° qu'elle n'a jamais été pratiquée seule à l'exclusion des autres méthodes ; 2° qu'elle a servi seulement pendant le travail ; 3° que même alors on ne l'a pratiquée *qu'avec une rupture large* ; 4° qu'à l'exception de Mauriceau, Cohen et Schroeder personne ne s'occupe que la rupture ait une largeur suffisante ; 5° que l'explication donnée par Puzos a été répétée presque par tous les auteurs.

Toutes ces conditions ainsi que les traits principaux de la méthode de Puzos sont *trouvés dans les autres* ; *premier* par M. Alsace en 1885, a *écrit* : « Quand on dit aujourd'hui : méthode de Puzos, on veut simplement dire : rupture artificielle des membranes, » ne sont plus applicables aujourd'hui. Nous verrons après l'étude de la méthode de M. Pinard, que la méthode de Puzos a presque rien, ne trouvant plus asile que chez un petit nombre d'accoucheurs et que la rupture des membranes, que pratique M. Pinard

n'a rien de commun avec la méthode de Puzos. Müller donne 13 0/0 de la mortalité maternelle et 46 0/0 de la fœtale comme résultats d'application de la méthode de Puzos.

3. Méthode de Leroux

En 1810, Leroux préconise une nouvelle méthode qui persiste encore de nos jours grâce à un bon nombre de ses partisans, qui réussirent de la défendre contre les attaques de ses ennemis. Cette méthode est employée presque exclusivement en France. Leroux, après avoir fait une comparaison entre l'accouchement forcé et la méthode Puzos, rend un grand éloge à cette dernière, comme beaucoup plus douce et plus salubre; mais il trouve quelques inconvénients dans la rupture des membranes. Tout d'abord :

« 1° Les pertes de sang qui surviennent pendant la grossesse ne sont pas toujours suivies de l'accouchement; ainsi voilà déjà un cas où la méthode de Puzos ne conviendrait pas et même où elle pourrait être nuisible. 2° L'orifice de la matrice porté en arrière, suffisamment ouvert pour permettre l'effusion du sang ne l'est quelquefois pas assez pour que le chirurgien puisse la franchir afin d'aller ouvrir les membranes,

surtout lorsqu'il n'a pas été aminci par les contractions et qu'il a encore beaucoup d'épaisseur et de solidité. 3° Toutes les pertes de sang ne cessent pas après l'ouverture des membranes, il y en a même quelquefois qui ne se déclarent que lorsque les eaux sont écoulées. La méthode de Puzos se trouve ici en défaut et on n'a rien proposé jusqu'à présent, qui dispense de l'accouchement forcé. 4° Enfin la situation contre nature de l'enfant et l'attache du placenta sur l'orifice de la matrice ne paraissent pas être comprises dans le nombre de cas où la méthode Puzos puisse convenir; cependant il n'est pas toujours possible de faire à temps l'accouchement forcé. »

Cette critique est répétée encore aujourd'hui par les partisans de la méthode de Leroux contre tous ceux qui dans le traitement du placenta prævia se servent de la rupture des membranes.

Quelle est la méthode que propose Leroux, en quoi consiste-t-elle et quelle est sa genèse? Les considérations qui ont poussé Leroux à formuler un nouveau traitement sont les suivantes :

« Lorsque une femme grosse a une perte de sang, on la fait coucher à plat dans son lit; on lui recommande le repos le plus absolu; on la saigne plus ou moins, on la réduit à une diète sévère, etc. L'intention principale qui dirige ce traitement est de *favoriser la formation de caillot de sang qui puissent boucher* les vaisseaux ouverts; et c'est effectivement toujours de cette manière que la perte de sang s'arrête; Puzos en convient. *Mais*

ce caillot a souvent beaucoup de peine à se former soit à cause de l'agitation du sang, de sa ténuité ou de l'attache particulière du placenta. La perte continue, devient quelquefois assez abondante pour donner des faiblesses et il s'y réunit de petites douleurs. Si on prenait l'alarme sur le champ, qu'on forçât l'orifice de la matrice, qu'on perçât les membranes, on déterminerait toujours l'accouchement d'un enfant le plus souvent terme et sur la vie duquel on ne pourrait pas compter sans parler des dangers qui regarderaient la mère. Ne serait-il pas plus avantageux et plus prudent si la perte persistait après avoir pris les précautions nécessaires pour diminuer l'abondance et l'agitation du sang dans les cas où ces dispositions existeraient *d'introduire un tampon qui boucherait l'orifice de la matrice?* Ce moyen favoriserait sûrement la formation du caillot qui est le but de la nature et de l'art, la perte se trouverait arrêtée et on pourrait espérer de conserver la grossesse. »

Leroux réserve le tampon aux cas où le travail n'est pas commencé, l'orifice n'est pas assez dilaté pour permettre l'introduction d'un ou de deux doigts; dans le cas contraire, il pratique lui-même la rupture des membranes, parce que après l'écoulement des eaux la partie qui se présente fait tampon. Mais jusqu'ici Leroux ne parle que du traitement des hémorrhagies pendant la grossesse en général. Quant à celles qui sont causées par l'attache du placenta sur l'orifice interne du col, Leroux tente d'abord à prouver que

dans ces cas la nature emploie le même moyen conduisant à la guérison à savoir : la formation d'un caillot de sang. » La femme attaquée de perte de sang et déjà affaiblie se couche dans son lit horizontalement. Le sang s'accumule dans le vagin et s'y coagule. Le coagulum s'attache aux houpes décollées du placenta et par l'adhérence qu'il y contracte, il est maintenu dans sa situation. Le sang qui coule à chaque contraction en se joignant au caillot augmente le volume; et enfin de proche en proche tout le vagin se trouve bouché et la femme a quelques moments de repos où elle ne perd pas. Si la nature n'est pas trop affaiblie, les contractions se renouvellent, deviennent plus actives, l'orifice se dilate davantage sans effusion de sang et la tête s'avance. Si elle parvient à s'introduire dans l'orifice elle comprime circulairement le placenta attaché sur sa circonférence; alors la perte de sang est arrêtée sans retour et l'accouchement naturel peut avoir lieu. « Voici le chemin que suit la nature. Leroux veut l'imiter. « Si dès le commencement de la perte, dit-il, on favorisait la formation d'un caillot solide, en lui donnant un point d'appui par le moyen du tampon, ne pourrait-on pas en espérer du succès? Ce serait aider la nature; il y a même lieu de présumer que par ce moyen on déterminerait beaucoup plus tôt le travail, l'orifice de la matrice aurait le temps de se dilater, sans que la femme perdît son sang. Lorsqu'il serait ouvert, ce qu'on pourrait reconnaître par le genre et la manière d'être des douleurs, *on ôterait le tampon, on percerait les*

membranes ; si elles ne l'étaient pas, et on irait chercher les pieds, ou on laisserait venir l'enfant dans la situation naturelle, si cela paraissait possible. »

Nous voyons que la méthode de Leroux ainsi que celle de Puzos n'ont pas autonomie complète ; toutes deux ne sont pas exclusives et ne s'appliquent qu'à de certains cas. En suivant l'histoire du tamponnement, nous verrons que le tampon a été jusqu'à 1873 toujours suivi tantôt de la rupture des membranes, tantôt de l'accouchement forcé ; l'un ou l'autre chemin ont été choisi par les accoucheurs d'après leur opinion personnelle.

Mais aucune autre méthode n'a dû supporter tant de critiques que le tamponnement. Demangeon, à qui se rallie Gardien, lui oppose les faits suivants :

- 1) *Non nisi sublata causa tollitur effectus.*
- 2) *Obturamentum vires non addit, sed detrahitis.*
- 3) *Non compescit motus sed auget.*
- 4) *Obturamentum causas morbi presentes non oppugnat nec supervenientibus precavet sed novas adfert.*
- 5) *Lactras non reparat sed preparat.*

Stewart, qui préconise une méthode assez bizarre, n'est pas partisan de Leroux ; Rigby, au contraire, fait l'application du tampon, suivi de l'accouchement forcé. M^{me} Lachapelle n'a pas trop de confiance dans le tampon ; elle a remarqué qu'après son emploi les péritonites

périmétrites, paramétrites et infections généralisées sont très fréquentes. C'était un des premiers coups graves donnés à la méthode Leroux; on ne connaissait pas encore quelles étaient les liens entre le tampon et les phlegmasies puerpérales; mais on a constaté que celles-ci suivaient celui-là et cela était suffisant pour diminuer son emploi. Velpeau attribue une plus grande efficacité à la rupture de membranes qu'au tampon.

Jacquemier présente des nouveaux inconvénients du tampon. « Il ne faut pas se dissimuler, dit-il, que le tampon peut augmenter l'étendue du décollement du placenta et rendre plus précaire les chances de salut du fœtus. » Et plus loin : « L'irritation et les douleurs que déterminent le tamponnement du vagin sont si vives chez quelques femmes très irritables, qu'on est forcé de le retirer. »

A cette époque, Miquel et Stein ont modifié le procédé de Leroux; au lieu de l'ouate ou de la charpie, ils introduisaient dans le vagin la vessie d'un cochon et l'insufflaient sur place. En remplaçant l'air par l'eau glacée, Braun inventait le colpeurynter; Gariel en France et Grenser en Allemagne substituèrent le caoutchouc vulcanisé à la vessie animale.

Ces ballons répondent mieux que l'ouaté aux exigences qui sont posées au tampon par Holst. D'après cet auteur, le tampon ne doit s'imbiber par le sang; il doit agir avec la force suffisante pour fermer les vaisseaux béants; son action doit être constante et uniforme.

Dubois, Cazeaux se servent volontiers du tampon, quand la dilatation n'est pas complète et l'insertion est centrale ; pour Cazeaux, c'est le meilleur moyen d'arrêter la perte avant le travail, comme pendant l'accouchement. Il réapplique le tampon jusqu'à ce que la dilatation soit suffisante pour pratiquer la rupture des membranes seule ou suivie de la version. Nägele aussi conseille de pratiquer le tamponnement quand l'insuffisance de la dilatation de l'orifice utérin ne permet pas de pratiquer de suite l'accouchement forcé.

En 1873, nous rencontrons une nouvelle façon d'application du tampon. Jusqu'à ce temps, le tampon ne servait que comme moyen permettant d'attendre la dilatation du col ; il était toujours suivi de la rupture des membranes ou de l'accouchement forcé. Pajot, Bailly et Weill recommandent l'emploi du tampon jusqu'à la fin du travail comme d'un moyen unique suffisant à arrêter la perte. Leur formule est la suivante : « Après avoir tamponné une femme atteinte d'hémorrhagie causée par l'insertion vicieuse du placenta, on doit le plus souvent abandonner à la nature la terminaison d'accouchement. » Ce procédé donne de meilleurs résultats pour les mères, mais augmente la mortalité foetale. Voici en quoi il consiste : « La femme ayant été solidement tamponnée et l'hémorrhagie complètement suspendue, on attend que le contact du tampon provoque les contractions de la matrice ou en accroisse les forces. Dans le cours du travail on surveille attentivement la vulve pour s'assurer qu'aucune perte nouvelle

ne se produit et l'on renforce immédiatement le tampon si la femme perd à nouveau. Quand les efforts commencent à chasser le tampon, on soutient celui-ci avec la main pendant la douleur pour le forcer à rentrer après que la contraction a cessé. Ainsi on maintient l'extrémité du tampon constamment appliquée sur l'orifice utérin et l'on s'oppose à la formation en ce point d'une cavité dans laquelle le sang ne manquerait pas de s'accumuler ». Lorsqu'une partie de tampon est expulsée et lorsqu'on prévoit que la fin du travail est prochaine, on administre 1-2 grammes d'ergot de seigle.

Un point important de cette méthode est de ne renouveler le tampon que dans les cas rares où cet appareil d'obturation après avoir mis fin à la perte n'aura pas provoqué au bout de 24 heures les contractions utérines. (Bailly.)

Pour l'application de cette méthode, Bailly croit nécessaire que : 1° les contractions utérines soient suffisantes pour pouvoir chasser le tampon, le fœtus et le placenta ; 2° que la présentation du fœtus soit longitudinale ; 3° que le tampon s'oppose à l'issue de la partie solide du sang et ne laisse transsuder qu'une faible partie de la sérosité sanguinolente.

De nos jours M. Tarnier est un ardent défenseur du tampon qu'il emploie à la manière de Pajot, c'est-à-dire comme un moyen unique et définitif. Mais les règles d'antisepsie ne permettent plus aujourd'hui de tenir le tampon dans le vagin si longtemps que le veut

Bailly. — Et avec M. Tarnier plusieurs accoucheurs français font encore honneur au tamponnement.

La puissance du tampon en France a été attaquée violemment par M. Pinard et son école. Pendant ses leçons faites en 1896, M. Pinard dit : « Les partisans du tamponnement l'admettent encore parce que, disent-ils, il oppose une digue infranchissable. Or, le tampon est rarement une digue infranchissable : presque toujours après une première application de tampon, on est obligé de recourir à une deuxième, à une troisième, une quatrième, et malgré tout le sang continue à filtrer peu à peu d'une façon continue. Voilà ce qui résulte de la plupart des observations publiées par les accoucheurs partisans de ce procédé, et cela alors même qu'il a été appliqué par les opérateurs les plus expérimentés et les plus habiles.

A l'appui de l'assertion de M. Pinard, nous pouvons citer les chiffres de Muller.

	Nombre de cas.	Arrêt d'hé- morrhagie.	Continuation d'hémor- rhagie.
Avec la présentation du sommet. . . .	53	33	20
— siége (pieds). . . .	8	4	4
— siége	5	3	2
— épaule	25	15	10
— indéterminées	14	3	11
	105	58	47

D'après ces chiffres, le tampon dans presque la moitié de cas est un moyen insuffisant.

« En second lieu, dit M. Pinard, d'une application très difficile, le tamponnement est douloureux pour la femme, et fut-il imperméable, il ne peut constituer qu'un moyen aveugle. En effet, à supposer que rien ne s'écoule plus au dehors, le sang peut s'accumuler en arrière, ainsi que je l'ai constaté à l'autopsie chez la seule femme qui m'ait été amenée du dehors bien tamponnée.

C'est donc un moyen aveugle, puisqu'il n'attaque pas la cause de l'hémorrhagie. Aussi presque tous les enfants meurent pendant que de leur côté les mères courent elles-mêmes un grand danger. Enfin au point de vue de l'asepsie, cette méthode n'est pas indifférente, car elle n'est que trop souvent une cause d'infection chez les femmes tamponnées. »

C'est cette dernière circonstance qui a conquis à l'étranger le plus grand nombre d'ennemis au tamponnement Hofmeier et Behm l'ont banni de leur pratique. La plupart des accoucheurs allemands et anglais ne s'en servent plus. Le doute du professeur Gusserow, si la méthode de Braxton Hicks (que nous traiterons plus tard) donnera-t-elle les mêmes résultats aux médecins peu exercés, comme aux accoucheurs force Behm de faire une petite concession au tampon, de le laisser aux sages-femmes et aux stagiaires. Gauthier réserve le tamponnement aux cas, où la version bipolaire serait impossible ; « je suis tout prêt à reconnaître, dit-il, que le tampon est désagréable, qu'il est sale, que c'est un auxiliaire, qui vous bouche la vue, en un mot que c'est

un pis-aller, mais je crois qu'il y aura toujours des cas où il faudra recourir à lui. »

Professeur Wyder fait aussi plusieurs reproches au tamponnement : le tampon est toujours inefficace, il est une cause d'infection ; les hémorrhagies de la période de délivrance doivent lui aussi être attribuées ; enfin l'application du tampon demande beaucoup de temps, ce qui est toujours très incommode pour les médecins des campagnes.

Enfin l'expérience de Koch est très démonstrative et présente un corps de délit au tampon. Nous le reproduisons de la thèse de M. Auvard : « Koch a pris de la ouate, et après l'avoir trempée dans divers liquides antiseptiques à différents degrés de force il la imprégné de sang de bœuf mélangé des sécrétions vaginales. Il a placé cette ouate dans un étuve ayant la température ordinaire du corps. Au bout de 8 à 9 heures il en a pratiqué l'examen pour voir, si les microbes s'y étaient développés. Il a pris ensuite de ces microbes et en a fait des cultures, qui réussissaient parfaitement, Koch n'a trouvé aucun antiseptique susceptible d'empêcher le développement de ces microbes dans le tampon ouaté. La solution HgCl_2 à 1/500 plus forte par conséquent, qu'on ne peut l'employer en clinique, n'empêche pas leur pullulation.

Le sublimé est ici en particulier un mauvais agent car il est annihilé par l'albumine du sang avec laquelle il se combine. Même impuissance pour l'iodoforme, l'acide borique. L'antiseptique qui a paru le mieux

reussir est l'acide phénique de 2,5 à 5 0/0 ou l'acide salicylique 5 à 10 0/0. »

La position du tampon à l'étranger est devenue très dangereux quand plusieurs observateurs se sont efforcés de le remettre en honneur, en l'appliquant avec toutes les règles de l'antisepsie. Entre autres les éponges de lungbluth ont acquis à ce point une certaine vogue.

« Ces éponges, dit Chenevière, un de ses partisans, se dilatent facilement et ne produisent aucun écoulement fétide. Leur action hémostatique est tout à fait remarquable. Le tamponnement a lieu avec toutes les précautions antiseptiques ; on commence par reconnaître la direction et les dimensions du canal cervical ; on prend une éponge de grosseur convenable, on enlève sa pointe pour en faire un cylindre, on la saisit avec une pince à polypes ; on trempe un instant dans l'eau chaude son extrémité qu'on exprime aussitôt. En la glissant sur les doigts indicateur et médius de la main gauche, on l'introduit dans l'orifice sans lui imprimer aucun mouvement de rotation. On la tient ensuite appliquée contre la surface placentaire pendant 10-15 minutes. Au bout de quelques heures 3 à 8) quand on voit qu'on peut pénétrer facilement dans le col à côté de l'éponge il est temps de la changer. On la retire avec précaution, après avoir fait un lavage antiseptique. Généralement l'éponge est à peine teintée de sang ; on introduit alors dans le col un nombre d'éponges suffisant pour le remplir, le plus souvent 3 à 4. Une troisième application est rarement nécessaire. Quand l'orifice est

suffisamment dilaté, on introduit la main, on fait la version, etc., ». Ni lungbluth, ni Chenevière n'auraient perdu une seule mère, ni un seul enfant. Walther est aussi partisan des éponges de lungbluth et publie trois cas heureux, Sippel fait le tamponnement à l'aide de colpeurynter, avec l'application de toutes les règles d'antisepsie, comme avant une opération chirurgicale.

En somme, les partisans de la version bipolaire ont pour la plupart banni le tampon de leur pratique ; les partisans de la méthode de M. Pinard tachent de la chasser de France, pays, où il est encore le plus favorisé ; les inventeurs des ballons (Barnes, Chassagny, Hamon) sont eux aussi les ennemis intransigeants du tampon. L'Allemagne et l'Angleterre se sont presque débarrassé du tamponnement ; l'école de Vienne est éclectique.

En France la lutte se fait encore de nos jours.

Quels sont les résultats obtenus à l'aide du tamponnement ?

Les observations ne manquent point, mais leur commentation, l'exclusion des cas douteux, en un mot la fabrication, qu'elles doivent subir dans notre cerveau est si différente d'un côté chez les partisans, de l'autre chez les adversaires du tamponnement, que l'accoucheur doit se méfier des chiffres présentés par les deux camps.

M. Auvar dans sa thèse divise les cas traités par tamponnement suivant qu'ils ont été observés avant ou

après l'introduction des règles d'antisepsie dans l'accouchement.

La mortalité maternelle des cas traités par tamponnement en général s'élève à 28 0/0 ; des cas où le rôle de tampon a été servi par les vessies dilatables 29 0/0 ; le tamponnement non aseptique de Leroux donne 32 0/0 de mort de mères ; enfin par le tampon aseptique on n'a que 6 0/0 de mortalité maternelle.

La mortalité fœtale est 55 0/0.

La statistique d'Abd-el-Nour comprend 120 cas ; mortalité maternelle 26 0/0 fœtale 77 0/0 ; cette statistique est recueillie chez les partisans du tamponnement et s'approche le plus de la vérité.

4° Méthode de Cohen

Pour comprendre l'importance de cette méthode nous devons rappeler d'abord, que les conseils, que donne Mauriceau Dionis, Smellie, et même Puzos ne s'appliquent pas autant aux cas du placenta prævia, qu'aux hémorrhagies pendant la grossesse en général. Le second fait, qui se relève de nos recherches est, que la plupart des partisans de la méthode Puzos la réservent aux cas où la dilatation du col est suffisante pour permettre l'introduction des doigts et ce qui est le

plus important, aux cas d'insertion partielle du placenta.

Ces deux faits nous permettent de constater l'originalité de la méthode de Cohen, qui semble au premier abord ne différer en rien dans son exécution de la méthode de Puzos malgré que son but est tout différent.

Cohen poussé par le fait d'inocuité relative d'insertion partielle du placenta par rapport à l'insertion complète, veut transformer l'insertion centrale en insertion latérale. Comme circonstances très favorables pour la réalisation de cette idée, Cohen invoque les faits suivants : 1) la surface du col est libre d'insertion du placenta; le placenta est toujours inséré de telle façon qu'il est plus grand d'un côté de l'orifice du col, que de l'autre côté, 2) La partie du placenta prævia, qui est plus grande, est un placenta primitif qui, par l'accroissement, a couvert l'orifice du col; ce placenta primitif suffit à la nutrition du fœtus après le décollement du petit lobe placentaire. 3) Après le décollement du petit lobe du placenta dans la circonférence de 190° et 200° et la rupture des membranes, toute cause d'hémorrhagie cesse. Pour pratiquer sa méthode, Cohen attend une dilatation suffisante du col; mais si le danger presse, il dilate le col avec deux doigts et seulement pendant les contractions utérines. La dilatation artificielle du col serait généralement reconnue comme très facile dans les cas d'hémorrhagie du travail; la perte de sang agirait dans ces cas sur les vaisseaux érectiles de l'utérus et sur le plexus sympathique.

Une fois le col dilaté, Cohen tâche de reconnaître où

se trouve le petit lobe du placenta; ses considérations sur ce point nous sont connues déjà (voy. diagnostic). On le trouve, d'après Cohen, le plus souvent du côté gauche; c'est un endroit où il faut pénétrer avec deux doigts et rompre les membranes pendant les contractions utérines si rien ne presse; au cas de danger il faut abaisser l'utérus par pression du dehors pour faciliter la rupture des membranes en absence des contractions.

Ensuite, il faut fléchir un peu les doigts sur le bord du placenta et les conduire dans la direction horizontale de droite à gauche ou de gauche à droite, en déchirant les membranes et décollant le placenta; enfin, on revient sur l'endroit où la rupture des membranes a été commencée et on fait le même mouvement dans la direction opposée. De telle façon, le placenta est décollé de la paroi utérine et sépare des membranes sur la circonférence de 190° et 200°. Il ne reste qu'à attendre le travail sans tenter aucune autre intervention qui pourrait être nuisible pour plusieurs causes : 1) elle peut provoquer l'éclampsie par suite de la pression de l'enfant sur le segment non dilaté de l'utérus; 2) elle peut causer les maladies puerturales; 3) l'intervention intempestive peut être suivie de la contraction de l'utérus autour du cou de l'enfant; 4) enfin, on peut rencontrer dans ces cas l'atonie utérine et l'hémorrhagie consécutive.

Bientôt après l'apparition du travail de Cohen, Credé conteste la priorité de cette méthode en invoquant ce qu'il a écrit à propos du traitement du placenta prævia,

« Si la nature ne conduit pas assez vite à la dilatation du col, dit Credé, il ne faut pas avoir peur de dilater le col avec les doigts, aussi bien dans l'insertion centrale que latérale du placenta, de décoller le placenta du fond de l'orifice interne dans l'étendue qu'on peut atteindre et de rompre les membranes. Alors le sang rejeté plus abondamment un court espace de temps sous le contrôle de la main qui opère, cette main peut même comprimer la surface saignante jusqu'à ce que la région du fœtus qui se présente soit engagée.

Nous voyons que le procédé de Credé s'approche plutôt de celui de Puzos; Cohen a eu toute raison de ne pas vouloir reconnaître aucune parenthèse entre sa méthode et celle de Credé. En 1861, Sirelius se montre partisan de la méthode de Cohen. « Cette méthode, dit-il, qui n'appuie d'ailleurs ni sur l'anatomie ni sur la physiologie, suffit, dans la plupart des cas, pour arrêter l'hémorrhagie. »

Sirelius, cependant, paraît avoir un peu modifié ou mal compris la méthode de Cohen. Nous avons vu que Cohen non seulement décollait toute la petite partie du placenta de la paroi de l'utérus, mais en même temps la séparait des membranes sur toute la demi-circonférence; tandis que Sirelius après le décollement du petit lobe placentaire fait une « ponction » ou « perforation » des membranes pour « exciter les contractions utérines qui rétréciront les orifices des vaisseaux par lesquels se fait l'écoulement sanguin ».

Du reste, Sirelius, par son étude des particularités

anatomiques du placenta prævia s'est bien mérité à la méthode de Cohen, en montrant que les dispositions anatomiques la rendent toujours applicable. D'autre côté, Sirelius a cité plusieurs observations, où la perte était arrêtée par la rupture spontanée des membranes, et en a tiré une conclusion, que la rupture des membranes est la meilleure méthode de traitement du placenta prævia. Les statistiques manquent pour prouver l'efficacité de la méthode de Cohen, qui n'est jamais entrée dans la pratique journalière des médecins. Elle compte au nombre de ses adeptes, Ritgen, Kuhn, Zeitluchs, Devis et Pfeifer.

5° *Méthode de Barnès*

Pour délimiter précisément cette partie de l'utérus, qui présente une zone dangereuse pour l'insertion du placenta, Barnès place perpendiculairement au grand axe de l'utérus deux « cercles polaires » — supérieur et inférieur. La zone située entre le cercle polaire inférieur et l'orifice du col constitue une zone dangereuse; c'est celle qui rendra l'hémorragie inévitable dans le cas où l'annexe fœtale y sera greffé. Quelles sont les dimensions de cette zone? « Comme le segment inférieur de la matrice, dit Barnès, doit s'ouvrir assez pour

donner passage à la tête, la mesure de la tête nous donnera exactement les dimensions de la surface sur laquelle le placenta ne peut être fixé sans que le passage de la tête ne le détache. Et comme la circonférence de la tête mesure 0^m76, il suffira de décrire avec le doigt un cercle de 0^m76. On voit déjà par ces tracés pour ainsi dire géographiques, que si le placenta est tout entier dans la zone « cervicale » il sera entièrement décollé avant l'accouchement ; mais si le délivre est à cheval sur le cercle polaire inférieur, les adhérences de la zone cervicale seront seules rompues, celles de la zone du milieu persistantes ». D'après Barnès, en face de l'hémorrhagie provoquée par le placenta prævia, il faut recourir d'abord à la rupture des membranes et à l'application d'un bandage serré sur le ventre ; la partie fœtale en s'engageant agira doublement comme tampon pour tarir la perte et comme coin pour dilater l'orifice. Mais si ces moyens échouent, il faut recourir au tamponnement, procédé insuffisant aux yeux de Barnès. Si, malgré tout, l'hémorrhagie persiste, en même temps que l'orifice du col ne peut se dilater sans recrudescence d'hémorrhagie et que la dilatation n'est pas suffisante pour achever l'accouchement que faut-il faire ? Ce n'est que pour des pareils cas, pour des cas extrêmes, que Barnès réserve sa méthode. Il introduit alors son doigt dans l'orifice utérin et il lui fait décrire un cercle de 0^m77 centimètres, mesure ordinaire de l'index, en détachant sur son passage les adhérences utéro-placentaires. Par ce moyen, toute la zone cervicale étant libre, ses

contractions n'amèneront plus de rupture. Mais la perte pourrait continuer par les vaisseaux ouverts de la paroi utérine, et alors au lieu de faire la version qui s'imposerait aux partisans de l'accouchement forcé, Barnès a recours à ses dilateurs ballons de caoutchouc en forme de guitare dont la partie rétrécie se place dans le col. Après l'accouchement et la délivrance, Barnès conseille de badigeonner le col utérin avec une solution de perchlorure de fer.

Les principales objections que l'on a faites à Barnès sont les suivantes : l'impossibilité d'avoir toujours sous la main ses dilateurs ; la rupture du caoutchouc dans un moment critique, la difficulté de les placer (Fritsch, Macdonald), le changement de présentation occasionné par son dilateur (Gaillard Thomas), la transformation d'hémorrhagie externe et interne (Kiwisch Schroeder). D'après M. Pinard, cette méthode est « absolument inutile et même dangereuse chaque fois que les membranes sont directement accessibles ».

6°. *Méthode de Braxton Hicks.*

Si les deux dernières méthodes n'ont eu qu'une existence éphémère, la méthode dont nous allons nous occuper présente une telle vivacité, grâce à un minime

pourcentage de la mortalité des femmes, que son existence est assurée pour longtemps.

Pour comprendre quels sont les rapports de la méthode de Braxton Hicks, ou comme on l'appelle encore, de la version bipolaire avec les méthodes antérieures, il nous faut tracer en quelques mots une sorte de philosophie de ces dernières. La première méthode était un accouchement forcé. Les difficultés de la version quand le col n'était pas suffisamment dilaté, en même temps que l'efficacité de la rupture seule des membranes, ont poussé les observateurs de s'arrêter au milieu du chemin ancien, de pratiquer l'accouchement forcé sans version et sans extraction. L'impossibilité de pratiquer la rupture des membranes, ainsi que l'impossibilité de l'accouchement forcé, quand le col n'était pas ouvert, ont conduit à l'invention d'un moyen temporaire, qui préparerait les voies génitales et ferait possible plus tard l'application de la méthode de Puzos ou de celle de Guillemeau. Jusqu'à présent, le traitement ne présente que l'accouchement forcé, très adouci, très modifié. On ne peut pas dire cela du tamponnement d'après Pajot-Bailly, qui n'a rien de commun avec les méthodes précédentes ni de la méthode de Cohen qui poursuit le but de faciliter l'accouchement naturel, en même temps qu'elle arrête la perte du sang. Enfin la méthode de Barnès présente un dernier refuge et, comme telle, n'est pas libre de certaine brusquerie. Le traitement de Braxton Hicks, donne tous les avantages de l'accouchement forcé sans en avoir les inconvénients. Si la

méthode de Guillemeau était efficace, c'est parce que la tête ou le pied faisait tampon, qui arrêta la perte de sang. Mais pour arriver à ce résultat, il fallait pénétrer avec la main dans la cavité utérine dans le but de saisir le pied de l'enfant et faire la version; cette pénétration de la main constitue ce qu'il y a de plus essentiel dans l'accouchement forcé; on dilatait par force l'orifice du col, on décollait, on déchirait le placenta, et grâce à ces procédés brusques, on arriva à faire le tamponnement à l'aide des pieds de l'enfant. Tout cela justifie le nom « forcé » par rapport à la mère; quant à l'enfant, on le tirait par le pied pour faire son extraction, même quand les voies génitales n'étaient pas préparées; c'était aussi un accouchement forcé pour l'enfant.

Braxton-Hicks recula tout ce qui peut donner à l'accouchement un caractère de procédé brusque; il fait une version, mais sans pénétration de la main dans la cavité utérine, sans violation du col; il fait un tampon à l'aide du pied de l'enfant, mais sans insister sur la nécessité de faire extraction de l'enfant de suite; au contraire, il confie l'expulsion aux soins de la nature.

Pour faire comprendre comment procède Braxton Hicks, nous reproduirons du travail de M. Dylion une traduction des extraits les plus caractéristiques de son mémoire. Nous supposerons un cas où tout est normal; l'orifice utérin est assez dilaté pour admettre l'un ou deux doigts, les membranes sont intactes, la face du

fœtus regarde à droite. « La malade est placée dans la position obstétricale ordinaire; ayant enduit ma main gauche d'un corps gras, je l'introduis dans le vagin, autant que cela est nécessaire, pour pénétrer de la longueur d'un doigt dans le canal cervical, quelquefois il faut introduire toute la main, dans d'autres cas, 3 ou 4 doigts suffiront. Ayant nettement reconnu la tête et sa position, par rapport à l'un ou l'autre côté de l'orifice utérin, je place ma main droite sur le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale, je m'efforce de reconnaître le siège, ce qui est généralement facile. La main placée sur l'abdomen appuie doucement, mais avec fermeté sur le siège pour l'abaisser du côté droit; comme il fuit (sous la pression), alors la main l'accompagne, soit en palpant doucement, soit en exécutant une sorte de mouvement de glissement sur la paroi abdominale, tandis qu'au même moment, l'autre main repousse la tête dans la direction opposée pour la faire remonter au-dessus du détroit supérieur.

Quand le siège est à peu près arrivé au niveau du diamètre transverse de l'utérus, la tête sera au-dessus du détroit supérieur et l'épaule correspondra à l'orifice utérin; cette dernière sera repoussée de la même manière que la tête, et après une légère pression exercée à l'extérieur sur le siège, le genou touche le doigt et peut être attiré en bas. Quand les membranes sont intactes, il arrive souvent qu'aussitôt que l'épaule a été sentie, le siège et le pied viennent se mettre au contact de l'orifice par suite de la tendance qu'a

l'utérus de placer le grand axe du fœtus en rapport avec ses grands diamètres.

Dans le cas, où néanmoins on aurait quelque peine à accrocher le genou avec le doigt, on abaisserait le siège davantage et finalement le pied tombera dans la main.

Cela rendra parfois la version plus aisée de passer la main au-dessous de la tête, à travers la paroi abdominale, dès que celle-ci sera au-dessus du bassin et de la soulever, tandis qu'on appuiera en sens inverse sur le siège. Tout cela s'exécute généralement en moins de temps que je n'ai mis à le décrire, quoique parfois cela demande une persévérance modérée, ferme et constante, comme celle qu'il faut dans toute opération obstétricale.

Dans le cas où la face du fœtus regarde à gauche le manuel opératoire à suivre diffère du précédent en ce que c'est la main gauche, qui abaisse le siège et la main droite qui agit sur la tête.

C'est dans l'intervalle des contractions utérines, que les mains doivent agir; on les tiendra immobiles pendant la contraction utérine. C'est un des principaux avantages de cette méthode de pouvoir être employée à un moment où les autres méthodes sont inapplicables.

Dans les cas de placenta prævia je trouve dans ma méthode une utilité qui m'a été démontrée en différentes circonstances. Voici comment j'opère, pour n'avoir ni hémorrhagie externe ni hémorrhagie interne pendant l'accouchement. Quand je sens les membranes et que

je constate une présentation du sommet, je procède comme je viens de le décrire. Quand c'est le pied qui se trouve à l'orifice utérin, je saisis ce pied et j'entraîne la jambe à travers l'orifice utérin aussi bas que possible, sans forcer. Au moyen de cette douce traction exercée par le simple poids du bras, j'obtiens ainsi une sorte de tampon qui arrête l'hémorrhagie, je maintiens la jambe au dehors de cette manière, et comme l'orifice utérin se dilate, la jambe par sa forme conique constitue un excellent tampon, à son tour le siège agira de même, quand il s'engagera dans l'orifice utérin. Cela fait, nous disposons d'un temps précieux et nos efforts devront être consacrés à remonter les forces de la malade qui a été affaiblie parfois anéantie par la perte antérieure. Dans les cas extrêmes la valeur de cette période est absolument inestimable. Ensuite on attend les contractions utérines et on agit comme dans une présentation du siège.

Généralement les douleurs arrivent une heure ou deux heures après, mais si elles tardaient plus longtemps et s'il n'y a pas une trop grande dépression des forces on donne du seigle ergoté ; ici j'insiste fortement sur l'importance, de ne pas extraire l'enfant avec rapidité, après avoir accompli la version, qu'il s'agisse de la version classique ou combinée. Cette remarque s'applique particulièrement aux cas des placenta prævia et plus spécialement aux cas où l'écoulement de sang a été abondant.

Quand le fœtus est engagé à travers le col, comme la

dilatation a augmenté, une douce traction exercée sur lui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, le simple poids du bras sera, je pense, toujours suffisant pour arrêter une hémorrhagie ultérieure. La forme du fœtus étant conique des pieds aux épaules, s'adapte admirablement comme un tampon sur le col et le segment inférieur de l'utérus qui ne présente pas alors sa forme globulaire, mais prend plus ou moins la forme du fœtus. » Plus loin Braxton Hicks dit qu'il y a avantage à employer le chloroforme. L'administration du seigle ergoté et du chloroforme constitue le mauvais côté de cette méthode.

La lecture du mémoire de Braxton Hicks à la société obstétricale de Londres, a été suivie d'une discussion dans laquelle plusieurs accoucheurs ont apprécié la valeur de cette méthode. Un des plus grands partisans qui s'en soit montré, fût Barnès. C'était en l'année 1860.

En 1868, Kuhn de Salzbourg publie un cas de placenta prævia, heureusement terminé par la version bipolaire. Quatre années plus tard Fasbender s'appuyant sur 4 cas (dont 1 avec placenta prævia) où il a appliqué la méthode de Braxton Hicks, la vante aussi. Martin en 1876, l'appelle la « méthode schonend. » L'année suivante Schröder propage la version bipolaire dans son mémoire. Kaltenbach en 1878 exprime que « l'intérêt de la mère parle en faveur d'une intervention plus expectative. » Le début de cette méthode n'était pas moins difficile en France. Dans le traité de Cazeaux

(1874) nous ne trouvons aucune mention sur elle; Charpentier la condamne même. Bitot dans sa thèse de 1880 dit : « Quels que soient ses résultats nous ne pouvons accepter cette méthode car nous lui reprochons d'être très compliquée et très difficile parfois même impossible à cause du volume de l'enfant, de la résistance occasionnée par suite de la rigidité des parois abdominales chez certaines femmes, ou à cause du peu de liquide amniotique ou de son absence complète, s'il y a eu au préalable rupture des membranes. »

On peut dire sans exagération, que c'est grâce à Hofmeier, que la version bipolaire a atteint une telle vulgarisation, dont elle jouit aujourd'hui. En 1882, Hofmeier publie les résultats de ses recherches, qui sont autant favorables pour la version bipolaire qu'ils condamnent sans appel le tamponnement. Cet éminent professeur a été suivi par les autres observateurs. Behm n'a plus de pitié pour le tampon que n'en a Hofmeier. Tous deux regardent comme le point le plus important de la méthode de Braxton Hicks cette circonstance qu'elle peut être pratiquée même quand le col est très peu dilaté, c'est-à-dire qu'elle n'exige pas de tamponnement préparatoire, qu'elle permet de ne pas ajouter un autre danger à celui qui existe déjà.

Mais Hofmeier ne se sert de la version bipolaire, qu'au début du travail, qu'annoncent tantôt les douleurs, tantôt l'effacement du col. Et dans les cas où l'insertion est presque centrale, il ne tarde pas à perforer directement le placenta, saisir le pied et le

ramener dans le vagin. Parmi les 37 cas de Hofmeier, le col a été effacé 19 fois ; dans le reste des cas le col était encore d'une longueur totale. Enfin Hofmeier défend cette méthode contre les objections, qui lui sont faites de la part de Spiegelberg et de Hecker : ces derniers auteurs l'ont considéré comme moyen inefficace et difficile.

Behm a trouvé la mortalité maternelle égale à 0 après l'application de la version bipolaire. Ces résultats excellents sont attribués par lui à 3 circonstances :

1° Cette méthode s'applique au début de l'hémorrhagie, quand la femme n'a encore perdu que très peu de sang.

2° Le pied abaissé et par une faible traction étant fixé, sert de tampon et

3° Permet d'éviter l'infection.

Tous ces points correspondent à une seule règle : « tarir la perte de sang le plus vite et le plus sûrement et éviter l'infection ».

Comme « *malum necessarium* » quand le col ne permet pas l'introduction du doigt, Behm introduit le colpeurynter dans le vagin et attend la dilatation suffisante du col.

Lomér est lui aussi un ardent défenseur de la méthode de Braxton Hicks. « L'introduction de la méthode de Braxton Hicks, dit-il peut être considérée comme un des plus grands progrès faits dans l'obstétrique. Des opérations considérées auparavant comme impossibles sont maintenant pratiquées avec facilité.

Bien que cette méthode ait été accueillie favorablement par les accoucheurs et qu'on en ait reconnu tous les avantages elle n'a point cependant été adoptée comme traitement général du placenta prævia ». Et Lomer voudrait bien voir cette méthode adoptée comme traitement unique. Il est vrai qu'aujourd'hui la plupart des accoucheurs allemands et anglais pratiquent cette méthode.

Mais, il est vrai aussi, que cette méthode à ses adversaires qui par le désir de diminuer la mortalité fœtale se font partisans du tamponnement ou des autres méthodes.

Frechsel (1879), Gautier (1884), Degoul (1885), Oberman (1888), Stratz, Wyder, appartiennent aux partisans de la version bipolaire. A la séance du 13 avril 1883 de la Société obstétricale de Berlin, Schmidt, Veit, Martin Hofmeier, Odebrecht, Faslender, se sont prononcés définitivement en faveur de cette méthode.

En France la version bipolaire n'a pas trouvé de terrain. L'application du tampon, suivie de la rupture des membranes ou non suivie était une opération unique jusqu'en 1884, l'année où la nouvelle méthode française apparut.

M. Pinard s'exprime ainsi au sujet de la version bipolaire : « Je crois que la version pelvienne qui est toujours une opération délicate et quelquefois difficile est souvent inutile ».

L'école de Vienne (Breisky, Kucher) pratique la méthode de Braxton Hicks dans les cas d'insertion

complète du placenta, si le col est suffisamment dilaté; l'insertion latérale leur commande la méthode Schröder; enfin l'imperméabilité du col tamponnement.

Quels sont les résultats de la version bipolaire? Excellents pour les mères ils sont des plus mauvais pour les enfants; en voici les statistiques: Hoffmeier a pratiqué cette méthode 37 fois, mais dans 30 cas exclusivement sans autres moyens; il a perdu 1 femme: mortalité 2,7 % pour les mères, mais pour les enfants elle a atteint 63 %.

Behm a fait 40 fois la version bipolaire sans avoir eu un cas de mort de la mère; mortalité des enfants 83,4 %.

Lomer, en 1884, a recueilli 136 cas traités par la méthode de Braxton Hicks avec 13 cas de mort des femmes. En réunissant les cas de Hoffmeier, Behm et Lomer nous obtenons 236 cas avec la mortalité maternelle de 8 %. En 1886, Wyder donne les statistiques de Schröder (189 cas) et de Gusserow (88 cas) avec 7,2 % de mortalité maternelle et 65 % de mortalité foetale. La statistique de Oberman porte sur 64 cas; la mortalité des mères est de 2,1 %, celle des enfants est de 42 %.

La version bipolaire est très répandue en Allemagne. Mais la mortalité foetale, qui s'explique par le réflexe respiratoire du fœtus dans la cavité utérine et par l'asphyxie consécutive n'a pas pu satisfaire tous les observateurs, malgré les affirmations, que cette mor-

talité n'est pas du tout supérieure à celle des autres méthode. A l'appui de cette dernière assertion Lomer donne les chiffres suivants de mortalité fœtale. Schwartz 75 % Hecker 67 %, Barnès 64 %, Muller 64 %, Fritsch 60 %, Spiegelberg 50 %, Braun 50 %. L'impartialité nous oblige de reconnaître que bon nombre de cas de mort des enfants doit être attribué à l'accouchement prématuré, à l'asphyxie par cause de la perte du sang maternel, à la procidence du cordon, c'est-à-dire aux circonstances étrangères à la méthode.

La méthode, récemment préconisée par Dührssen, tend à remplacer le tampon vivant, que représente le pied d'un fœtus, par le tampon artificiel qui agirait aussi de dedans en dehors. Dührssen procède de la façon suivante : si le col n'est pas suffisamment dilaté, il fait le tamponnement du vagin; après quelque temps il retire le tampon, perfore les membranes ou le placenta, suivant que l'insertion du placenta est centrale ou latérale, introduit dans l'ouverture un colpeurynter, le remplit d'un demi-litre d'eau et exerce une faible mais constante traction sur le tube du ballon. De telle sorte que celui-ci s'applique contre les bords du placenta et arrête la perte de sang; les contractions utérines le chassent dans le vagin et alors la partie du fœtus qui se présente le remplace. L'arrêt de l'hémorrhagie et l'accélération du travail sont les effets de la méthode de Dührssen, laquelle, étant par ses moyens plus proche du tamponnement, par son but (constituer

un tampon agissant de dedans en dehors) s'approche de la méthode de Braxton Hicks.

Cette importante modification faite par Dührssen dans la méthode de Braxton Hicks constitue un acheminement vers la méthode de M. Pinard.

Dührssen traitait six cas par ce moyen sans un cas mortel pour la femme et un cas de mort pour l'enfant. Les cas sont peu nombreux, mais les résultats sont très encourageants.

7° Méthode de Simpson

Cette méthode n'existe plus aujourd'hui.

Elle présente cependant cet intérêt, que son promoteur a voulu lui donner une base, ne laissant aucun doute sur son efficacité; malheureusement cette base, étant du domaine de la théorie pure, était facilement combattue par la pratique.

Avant d'expliquer la doctrine de Simpson, nous devons remonter à son origine : déjà Guillemeau donne le conseil d'arracher le placenta et de le tirer au dehors, s'il est décollé sur une grande surface de la paroi utérine. Portal a suivi cette méthode dans quelques cas. De la Motte est partisan exclusif de ce traitement; il dit : « lorsque cet accident arrive (l'hémorragie par

placenta prævia), le chirurgien est obligé sans autre consultation de tirer cet arrière faix et aussitôt l'enfant » ; mais plus loin de la Motte semble croire que le décollement complet du placenta prævia est un accident fréquent, parce qu'à côté de la formule nette, que nous avons citée, il réserve la perforation des membranes au cas où le placenta serait encore adhérent. Les observations dans lesquelles le placenta était sorti avant le fœtus étaient notées par Smellie, Deuman, Baudelocque.

Mais depuis Chapman, qui au commencement de ce siècle, a attiré l'attention des observateurs sur ce phénomène, le nombre d'observations a augmenté. Chapman insistait surtout sur l'absence d'hémorragie après l'expulsion placentaire, assertion contraire à un des aphorismes de Andrews Blacke (contemporain de Chapman), qui affirme que l'hémorragie continue jusqu'à ce que la femme soit accouchée. Chapman s'appuyait sur ses observations personnelles et notamment sur un cas dans lequel quatre heures s'écoulèrent entre la sortie des annexes et celle de l'enfant. Ce fait lui suggéra même la réflexion, qu'on pourrait bien extraire le placenta le premier dans un cas d'hémorragie alarmante. C'était aussi la conclusion de l'italien Frinchinetti, dont l'ouvrage parût à Milan en 1806 : « quand l'hémorragie après que le travail est commencé est assez copieuse et la femme assez épuisée pour faire craindre la mort, il est nécessaire d'arracher le placenta avant l'extraction du fœtus ».

Simpson, reprenant cette opinion, affirme que,

« quand le placenta dans le cas d'hémorrhagie inévitable est une fois complètement détaché, tout écoulement de sang cesse en général entièrement, ou prend des proportions modérées et peu graves. »

Pour prouver cette assertion, Simpson analyse 141 cas, dans lesquels l'expulsion du placenta était antérieure à celle du fœtus. Cette analyse le conduit aux conclusions suivantes :

1. « Le décollement complet et l'expulsion du placenta avant l'enfant, dans les cas d'hémorrhagie inévitable n'est pas un événement aussi rare que semblent généralement le croire les accoucheurs.

2. Ce n'est point du tout une complication aussi sérieuse et aussi dangereuse qu'on pourrait le supposer à priori.

3. Dans 19 sur 20 cas, où elle s'est produite, l'hémorrhagie concomittante ou bien a été tout d'abord complètement arrêtée ou elle a été diminuée au point de ne pas être ensuite alarmante.

4. La présence ou l'absence de l'hémorrhagie après le décollement complet du placenta ne semble à aucun degré dépendre du temps écoulé entre ce décollement et la naissance de l'enfant.

5. Dans 10 cas sur 141 ou 1 sur 14 la mère succomba après la complète expulsion ou l'extraction du délivre avant le fœtus ».

Tous ces faits demandaient une explication. Or, Simpson fait une hypothèse, que le sang ne provient pas de la paroi utérine, mais du placenta; de cette

façon il veut prouver que l'hémorrhagie sera d'autant plus abondante que le décollement sera moindre, parce qu'alors le sang passe en grande quantité dans le placenta et sort par la surface décollée. Plus le décollement grandit, moins le sang passe dans le placenta et enfin après un décollement complet l'hémorrhagie s'arrête. Le sang ne passe plus dans le placenta, il est vrai, mais pourquoi la surface interne de la paroi utérine ne saigne-t-elle pas à l'endroit correspondant à l'attache antérieure du placenta? Pour répondre à cette question, Simpson prouve d'abord que le sang ne sort pas des artères, parce que la tonicité de leurs tuniques, la contraction des fibres du tissu utérin, enfin la modification de leur tissu causée par la rupture font obstacle à l'écoulement sanguin.

Le sang ne peut pas également provenir des veines, parce que les saillies falciformes que l'on trouve toujours près de chaque ramification de ces vaisseaux, et qui renferment des fibres contractiles, jouent le rôle de valvules.

Les observations du décollement naturel du placenta et son explication ont suggéré à Simpson une idée de tâcher d'imiter la nature et d'appliquer le décollement artificiel complet du placenta au traitement du placenta prævia.

Simpson laisse la rupture des membranes aux cas d'insertion latérale; il laisse une version aux cas de position vicieuse du fœtus, au cas où l'enfant étant vivant et l'orifice dilaté, l'hémorrhagie se produit. Mais

voici les circonstances dans lesquelles Simpson trouve les indications pour pratiquer sa méthode.

« *a)* Quelques complications du côté de la mère ; rigidité de l'orifice de l'utérus ou du vagin ; ou de tels obstacles de toute nature dans les voies maternelles, ou l'utérus lui-même ; ou enfin de tels états d'épuisement général, qu'il y ait contre indication de faire la version et impossibilité de pratiquer sans danger cette opération.

« *b)* Quelques complications de la part de l'enfant, particulièrement sa mort ou son âge peu avancé, rendent l'opération de la version inutile. »

Après le décollement du placenta Simpson confie à la nature l'expulsion de l'enfant à moins d'indications spéciales du côté de sa présentation.

La méthode de Simpson acquiert beaucoup de partisans, quand on se borne à lire sa théorie et ses observations ; les résultats sont excellents, le raisonnement possède une grande force attractive. Mais ceux qui ont voulu tenter la fortune par la méthode de Simpson, étaient désillusionnés aux premiers pas. Le nombre d'adversaires, qui déjà étaient nombreux dès le premier jour, augmenta peu à peu. Ashwell, Jones, Maclean, Russel sont dans ce rang ; parmi les plus hostiles nous devons citer Robert Lee, Ramsbotam et Barnès en Angleterre ; et en Allemagne, Greuser.

Et non seulement les mauvais résultats du traitement, mais aussi le simple raisonnement avec l'appui des résultats d'expérimentation ont condamné la méthode de Simpson. Mackenzie a observé sur une chienne pleine

l'utérus ouvert et le placenta décollé: le sang s'échappait par la surface utérine et non par la surface placentaire.

Lee critique bien la théorie de Simpson :

Simpson dit que l'hémorrhagie diminue à mesure que le placenta se décolle, qu'elle cesse quand le placenta est complètement décollé; or, Lee demande d'où provient le sang, quand le placenta... est dans un vase au-dessous du lit.

8° Méthode de Chassagny

Nous avons traité déjà le tamponnement d'après Leroux, la modification que Pajot-Bailly y ont apporté et le traitement à l'aide de ballons. La méthode de Chassagny s'approche par principe du tamponnement, on la regarde même comme une modification de cette méthode. Mais tout en appliquant une compression sur les surfaces saignantes, comme le font les partisans du tampon, Chassagny grâce à son double ballon évite les inconvénients du tamponnement classique.

Son ballon ne permet pas à l'hémorrhagie interne de se produire, quand l'hémorrhagie externe a cessé; pour tarir la perte de sang il ne demande pas la formation de caillots, qui en se formant aux dépens du sang de

la mère ne sont pas indifférents pour sa santé; enfin puisque les caillots ne se forment pas, on peut éviter « cette horrible fétidité que l'on constate lors de l'enlèvement du tampon. »

Si nous avons présenté la méthode de Braxton Hicks, comme le mode le plus perfectionné, le plus adouci de l'ancien « accouchement forcé », malgré qu'elle n'offre que très peu de ressemblance avec lui, par la même raison nous pouvons regarder la méthode de Chassagny comme une forme la plus perfectionnée du tamponnement.

Pour démontrer l'action de son ballon, Chassagny a fait construire un appareil qui se compose d'un cylindre de filet étranglé à sa partie moyenne de manière à former deux cavités, l'une représentant l'utérus, l'autre la cavité vaginale. « Au point de réunion des deux cavités, dit-il, j'ai fixé un col de 1 centimètre $1/2$ de diamètre, disposé pour permettre l'introduction du doigt. Dans la cavité utérine et près du col j'ai placé une éponge figurant le placenta, cette éponge se replie sur le col où elle est fixée par quelques points de suture; elle représente exactement l'insertion vicieuse; une ampoule de caoutchouc pleine d'eau émerge de l'éponge près du col et simule la poche des eaux...

Introduisons le double ballon dans la cavité vaginale, puis injectons d'abord le ballon inférieur, jusqu'à ce qu'il remplisse à peu près cette cavité. Lorsqu'ensuite on injecte à son tour le ballon mince, on le voit achever de remplir la cavité, la distendre; on le voit faire

hernie dans chacune des mailles du filet; on le voit commencer à pénétrer dans le col, puis le franchir et après l'avoir franchi on le voit prendre la forme d'une calebasse, former une ampoule dans la cavité utérine; on voit le col distendu par la partie étranglée de cette calebasse; où le voit aplati par ses deux parties renflées, qui le compriment dans le sens de son épaisseur, sous l'influence de l'élasticité, qui tend à ramener le ballon à sa forme sphérique. On comprend alors qu'il n'y ait plus d'hémorragie possible, puisqu'il n'y a plus d'orifice de vaisseau divisé, qui échappe à la compression, puisqu'il n'y a plus le moindre espace vide, où le sang pourrait s'épancher et on ne comprend pas moins bien la rapidité avec laquelle doit se faire la dilatation. »

Dans le cas d'insertion vicieuse du placenta le ballon de Chassagny remplit cette double indication : (1 tarir la perte du sang et 2) accélérer la dilatation du col.

En outre il serait très utile pour le traitement des hémorrhagies « post partum » même dans les cas où tous les autres moyens ont échoué; le double ballon peut-être tellement distendu, qu'il exerce une forte pression sur la surface interne de l'utérus; cette distension « constitue le gravidisme », l'utérus entre immédiatement en contraction, des douleurs excessivement intenses se produisent. On permet alors à une partie des eaux de s'écouler; peu à peu l'utérus peut-être vidé sans que l'hémorrhagie se reproduise.

La méthode de Chassagny a eu une application trop restreinte pour juger ses résultats; d'après les consi-

dérations théoriques elle nous semble être une des meilleures dont nous disposons aujourd'hui.

9° Méthode de M. le professeur Pinard

Nous avons expliqué jusqu'à présent deux méthodes dans lesquelles la rupture des membranes constitue un des temps de l'opération; mais malgré cela ces deux méthodes, le méthode de Puzos et celle de Cohen diffèrent à plusieurs points de vue. La méthode de M. Pinard, dont nous abordons l'étude, a pour son deuxième temps opératoire une rupture des membranes, une rupture qui pour *répondre au principe même de la méthode, doit-être large*, cette rupture, nous le répétons, ne constitue, qu'une partie du traitement. Et à ces points de vue la méthode de M. Pinard diffère à son tour de celles de Puzos et de Cohen, ce qui n'empêche pas plusieurs accoucheurs de regarder toutes les méthodes, où on se sert de la rupture des membranes comme une seule. L'autorité des accoucheurs, qui professent cette opinion, ne nous arrêtera pas un moment pour condamner cette manière de voir. On peut disputer l'efficacité d'une méthode quelconque, mais à quoi bon ne pas vouloir rendre « suum cuique »? M. Pinard a prouvé que la nature elle-même peut

sauver la femme atteinte de l'hémorragie par l'insertion vicieuse du placenta, si au lieu du décollement du placenta se produit une rupture des membranes. Il est vrai, que les œuvres de Mauriceau, de Cohen et de Schröder constitue un terrain fertile, qui a pu suggérer une idée de la rupture large des membranes à l'observateur, une telle rupture, qui permettrait un passage à l'enfant, sans qu'il produise un tiraillement des membranes. Mais cette idée n'était appliquée par Mauriceau, que pour les cas d'hémorragie pendant la grossesse en général; et son traitement n'était constitué, qu'uniquement par la rupture des membranes. Cohen l'a appliquée aussi mais non pas pour imiter la nature, mais pour changer l'insertion centrale en latérale; enfin Schröder réalise cette idée pour l'insertion latérale et seulement au début du travail. *Nous voyons que cette idée n'est jamais appliquée dans le même sens*, que chez M. Pinard; et encore M. Pinard l'a tirée de l'oubli, où elle reposait depuis quelque temps.

En outre, à côté de la rupture large des membranes la méthode de M. Pinard renferme deux autres temps opératoires, qu'on ne retrouve nulle part. Par ces circonstances elle a le plein droit à une originalité parfaite.

L'idée, de la nécessité de la largeur suffisante de la rupture des membranes a eu ses conséquences très importantes : M. Pinard a été conduit à construire une théorie d'hémorragie, qui en même temps donne les indications les plus précises des divers temps de l'opé-

ration, l'hémorrhagie est produite par le tiraillement des membranes, le tiraillement causé par le contenu de l'utérus gravide. Si l'on fait une simple perforation des membranes, comme la faisait Puzos, le tiraillement s'affaiblit momentanément, parce que la distention de l'utérus devient beaucoup plus petite; mais l'hémorrhagie doit presque nécessairement se reproduire, parce que le fœtus en poussant devant lui les membranes, produit le décollement du placenta. Or, la rupture des membranes doit permettre au fœtus de s'engager sans tirailler les membranes, elle doit permettre le glissement de la paroi utérine, non sur l'œuf, mais sur le fœtus lui-même. Est-ce que toutes les difficultés sont alors levées? est-ce que l'hémorrhagie n'est plus jamais possible? Sans même s'appuyer sur les observations, avec le seul recours de la théorie du tiraillement des membranes on peut prévoir que toutes les positions transverses du fœtus produirait ce tiraillement alors même quand les membranes sont largement rompues. D'où l'indication très nette de changer avant tout autre intervention la position transversale du fœtus en longitudinale. Les conséquences de la théorie de la production de l'hémorrhagie de M. Pinard nous fait prévoir encore une complication qui peut causer la perte de sang en dehors des conditions ci-dessus. Supposons l'insertion complète du placenta prævia; pour pratiquer une rupture des membranes il faut décoller le placenta sur une certaine étendue. Mais alors la partie décollée du placenta peut s'engager au

passage du fœtus, qui le poussera devant lui, en provoquant le déchirement des vaisseaux utéro-placentaires et par cela même l'hémorrhagie. Et voici encore une nouvelle indication de se servir en pareil cas du ballon de Champetier de Ribes, qui permettra au col de se dilater sans nouvelle perte de sang. Grâce à la connaissance du mécanisme d'hémorrhagie, on peut en prévoir toutes les causes, et les faire cesser d'agir; il n'existe plus de cas dans lesquels nous ne pourrions nous expliquer pourquoi l'hémorrhagie se reproduit, ou mieux, dans lesquels nous ne pourrions éviter la reproduction de l'hémorrhagie.

Du travail de M. Varnier nous relevons encore une remarque importante : la méthode de M. Pinard éloigne la cause même du nouveau décollement du placenta, mais la perte de sang provenant du décollement antérieur peut parfois continuer dans les cas normaux la partie fœtale qui s'engage, comprime les vaisseaux ouverts et la perte s'arrête; mais si pour les raisons quelconques (rétrécissement du bassin, ventre en besace) l'engagement ne se fait pas, que faut-il faire alors?

En 1888, M. Varnier conseille en pareils cas l'emploi de la méthode de Braxton Hicks; en 1892 il rejète cette indication et la remplace par l'introduction dans l'intérieur de l'œuf du ballon incompressible; de telle sorte et la perte est tarie et la dilatation du col accélérée.

M. Pinard ne se servirait de la méthode de Braxton Hicks que dans les cas où le placenta prævia

serait presque central; alors il décollerait le placenta d'un seul côté, romprait les membranes et abaisserait le pied.

Après avoir prouvé l'originalité de la méthode de M. Pinard, nous croyons devoir encore ajouter, ce qui suit :

1) M. Pinard a prouvé, que le seul traitement physiologique du placenta prævia est une rupture large des membranes.

2) Le mécanisme d'hémorrhagie donné par M. Pinard permet d'éloigner toutes les causes d'hémorrhagie et les faire cesser d'agir,

Entrons maintenant dans les détails de la méthode. Les leçons de 1890 (Union médicale) vont nous éclairer sur la conduite à tenir pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement.

« **A. GROSSESSE.** La première chose à faire lorsqu'on est appelé auprès d'une femme qui perd ou qui a perdu du sang, le diagnostic d'insertion vicieuse étant formément établi est de reconnaître la présentation. *Si cette présentation est transversale, vous lui substituez au moyen de la version par manœuvres externes une présentation longitudinale.* Maintenant une question secondaire se pose, doit-on ramener en bas la tête ou le siège ? La solution de cette question dépend du genre d'insertion vicieuse. Est-elle marginale ? Vous ramènerez la tête. Est-elle centrale ou du moins un peu en nombre de cotyledons recouvrent-ils l'orifice. Vous ramènerez le siège. Mais comment savoir si l'insertion

est marginale ou centrale ? par le toucher pratiqué de la façon suivante : Après avoir lavé avec soin le vagin pour le débarrasser des caillots qu'il renferme, vous explorerez avec la pulpe de l'index le segment inférieur de l'utérus. Si vous lui trouvez ses qualités ordinaires de souplesse et d'amincissement au niveau des divers culs de sac, vous en conclurez que le placenta est assez éloigné de l'orifice et vous ramènerez l'extrémité céphalique en bas. Vous ferez même si la souplesse et l'amincissement des parois ne font défaut que dans une espace assez limité. Si au contraire vous trouvez le segment inférieur dur et épais en totalité ou sur un notable étendue, c'est que le placenta est étalé sur ce segment inférieur dont il comble plus ou moins la cavité. Dans ce cas il est préférable de ramener en bas l'extrémité pelvienne. La transformation de la présentation transversale en présentation longitudinale et la fixation de cette dernière suffisent-elles ? Oui dans certains cas, non dans d'autres. Si la femme a perdu peu de sang, si elle n'est pas épuisée par des hémorrhagies antérieurs, si la perte actuelle est arrêtée, vos soins peuvent se borner à faire plonger le pelvis ou la tête dans l'excavation et à une stricte vigilance ; mais si la femme est épuisée par l'hémorrhagie récente ou par les hémorrhagies qui ont précédé, ce que vous jugez à l'état général, faiblesse, pâleur, rapidité du pouls, tendance à la syncope, votre intervention ne doit pas se borner à la version par manœuvres externes. A ce propos rappelez vous que vous devez en pareil cas

craindre les atternoiements. Ne remettez l'intervention radicale dont je veux vous entretenir que dans le cas où l'état général ne laisse rien à désirer. Remettre cette intervention quand l'état général est douteux, sans être encore mauvais, c'est exposer deux vies.

Supposons donc, que vous êtes en présence d'une femme qui ne peut supporter sans péril une nouvelle hémorrhagie, qu'allez-vous faire?... Il faut rompre les membranes. Ce sont elles qui en tirillant le placenta, le décollent et causent l'hémorrhagie ; *mais il ne suffit pas de rompre les membranes, il faut les rompre largement*. On a cité, pour faire objection à la rupture des membranes, des cas où l'hémorrhagie continua malgré la perforation du chorion et de l'amnios ; mais une perforation n'est qu'un trou circulaire et dans le cas cités le diamètre de ce trou était petit. Il faut l'éclatement, la rupture sur une large étendue. Il ne suffit pas que la pression à l'intérieur de l'œuf disparaisse par écoulement de liquide ; il faut, que la région fœtale qui s'engage n'entraîne pas par frottement les membranes ou le placenta car dans ces cas le tiraillement de cotyledons et partant l'hémorrhagie, continuent. Donc rompez sur une large étendue, déchirez, faites éclater l'œuf. Comment pratiquer cette rupture ? Avec le doigt, au besoin avec un instrument. Voici comment vous devez vous conduire.

Introduisez le doigt dans la cavité cervicale, poussez le jusqu'à la rencontre du chorion et dilacerez-le. Ce n'est pas toujours facile, Il peut arriver que l'on ren-

contre non pas les membranes mais le placenta. Il peut même arriver *dit-on*, que l'insertion soit centrale, ce dont il est permis de douter, car comment des cotyledons se développeraient-ils au niveau même de l'orifice, dans un vide pour ainsi dire ; mais il est possible que dans certains cas deux masses placentaires existent unies par un point membraneux ou un placenta zonaire ayant à son contenu sorte d'ombilic membraneux.

Quoiqu'il en soit, puisque par l'exploration du segment inférieur fait avec la pulpe de l'index proménée dans les culs de sac du vagin, vous savez de quel côté s'étale la masse placentaire, faites pénétrer votre doigt dans la direction opposée. C'est là, que vous trouverez les membranes. Cette direction doit être le plus souvent en avant, derrière la symphyse.

Les avantages que vous retirerez de cette opération sont nombreux, la supériorité sur le tampon est incontestable. D'abord le danger de septicémie, d'infection par les fissures de la muqueuse excoriée de toutes parts n'existent pas. Ensuite vous portez avec vous sur vous en tous lieux ce qui est nécessaire pour pratiquer l'opération, Nous pouvons à la rigueur avoir dans nos hôpitaux bien installés de grands bocal remplis de boulettes aseptiques qui attendent le jour et l'heure où elles seront utilisées ; mais comment le médecin de campagne peut-il transporter avec lui un semblable appareil pour les cas bien rares, bien éventuels où il aurait à soigner une femme qu'une insertion vicieuse mettrait en péril. On a dit qu'en rompant les mem-

branes, on provoquait sûrement l'accouchement et quelquefois à une période où le fœtus n'a pas toutes les chances de vie, qu'il aurait plus tard ; mais dans un accident aussi grave ne doit-on pas penser aux jours de la mère avant de songer à ceux de l'enfant ?

Deplus le tampon, qui provoque assez souvent le travail, tue l'enfant à coup sûr, lorsqu'on ne le retire pas avant l'expulsion et le tue fréquemment quand on le retire. Cette objection, tirée de la provocation de l'accouchement à une époque prématurée fournit donc l'occasion de faire valoir encore la supériorité de la rupture des membranes sur le tamponnement. Je puis mettre sous vos yeux une statistique assez éloquente. Sur 66 femmes qui ont subi la petite opération de la rupture des membranes, 3 sont mortes de septicémie, causée par un tampon qui avait été appliqué en ville. Je puis ajouter à cette statistique un autre cas également suivi de mort, causée cette fois par l'hémorrhagie. Or, là la femme avait été tamponnée et bien tamponnée. On n'avait jamais vu encore dans mon service un tampon placé en ville avec autant de savoir faire. C'était une véritable barrière infranchissable. Les boulettes d'ouate ou de charpie n'avaient rien laissé transsuder ; mais le sang s'était accumulé au-dessus du tampon et cette hémorrhagie interne avait tué la femme. Vous voyez combien cet exemple est instructif et confirme ce que je vous disais.

« **B. TRAVAIL.** La conduite que l'on doit tenir pendant le travail dans les cas d'insertion vicieuse ressemble beaucoup à celle que j'ai indiquée pour la grossesse.

Vous assurerez d'abord le diagnostic de la présentation et si elle est transversale vous la rendrez longitudinale. Si l'hémorrhagie persiste vous romprez les membranes avec les précautions que j'ai tout à l'heure énumérées. Je rappelle à ce propos, que la rupture peut présenter quelques difficultés, surtout lorsque les cotyles dous placentaires recouvrent l'orifice. Dans ce cas vous devez rechercher et j'ai été longuement sur cette recherche du bord du placenta au point le plus voisin des bords de l'orifice; c'est là qu'il faut déchirer largement le chorion. Mais direz-vous si la placenta est inséré edntre pour centre que doit-on faire. Faut-il chercher son bord nécessairement assez éloigné? Faut-il passer au centre du disque? Je ne vous conseille pas de passer au centre du disque, je vous conseille d'aller à la recherche des bords et de rompre à ce point les membranes. Il est préférable que le placenta soit refoulé à droite ou à gauche de la région foétale. En effet le décollement cotyledonaire qui produit l'hémorrhagie a 3 causes : 1° Le tiraillement exercé par les membranes distendues ; 2° Le tiraillement exercé par les membranes perforées mais non largement rompues et qui entraînent par frottement la région foétale ; 3° Le frottement direct sur le placenta de la région foétale qui le pousse au dehors ou l'expansion du segment

inférieur, qui se retire laissant à nu une quantité plus ou moins grande de cotydots au fur et à mesure que l'orifice s'agrandit. Vous comprenez maintenant pourquoi il est préférable de frayer le passage au fœtus à droite ou à gauche du placenta, de refouler celui-ci d'un côté ou de l'autre que de faire passer le fœtus précisément au centre de la masse. Le premier procédé vous donne toutes chances de limiter l'étendue du décollement.

Donc vous rompez les membranes sur l'un des bords du placenta; vous les rompez largement. Et si cette rupture ne suffit pas que ferez-vous? C'est dans ce cas que la version pelvienne est préférable à la version céphalique. On les absolve surtout lorsque le placenta obstruant une notable partie du segment inférieur fait obstacle à la descente de la région fœtale. Vous irez à la recherche d'un ou de deux pieds que vous abaisserez sur le vagin. Cette opération peut se faire alors, que l'orifice est relativement peu dilaté. Imaginée par Braxton Hicks elle est aujourd'hui répandue en Allemagne. Elle y est considérée aujourd'hui comme le meilleur traitement de l'hémorrhagie par l'insertion vicieuse. Pour ma part, je ne la considère comme nécessaire que dans le cas dont je viens de parler. Le plus souvent la rupture large des membranes suffit et rappelez-vous lorsque vous exécuterez la manœuvre de l'abaissement du pied, que vous ne devez faire l'extraction du fœtus que si la dilatation est complète; si elle n'est pas complète, laissez lui le temps de s'achever.

« **C.** APRÈS L'ACCOUCHEMENT. Il ne faut pas croire que l'expulsion du fœtus et même celle du placenta mette la femme à l'abri des hémorrhagies. Elles sont au contraire assez communes dans les cas d'insertion vicieuse, parce que les conditions de rétractilité et de contractilité du segment inférieur ne ressemblent pas à celles du segment moyen ou supérieur. Je n'ai pas besoin de vous dire, que le seigle ergoté doit être banni du traitement, que vous pourrez opposer à ces hémorrhagies. Donnez la préférence aux injections d'eau chaude à 48° injections intrantérines; et je vous recommande de les employer dans tous les cas avant même l'expulsion du délivre, qu'elles faciliteront en excitant les contractions de l'utérus. Je n'ai pas parlé du traitement général. Je le rappelle en quelques mots. L'alcool à haute dose et de préférence le champagne frappé, rendent les plus grands services chez les femmes débilitées par l'hémorrhagie. Les injections hypodermiques d'éther raniment celles qui sont en état syncopal. Enfin « surtout n'oubliez pas l'importance de la situation et de l'immobilité absolue. La femme ne doit ni se tourner de côté, ni s'asseoir. Decubitus horizontal, avec élévation des membres inférieurs, s'il y a lieu, et application de ouate et de bandes roulées depuis les pieds jusqu'à la racine des cuisses. Tel doit être le traitement adjuvant de l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta ».

Dans les autres leçons de M. Pinard nous trouvons encore le conseil de faire l'injection hypodermique du

serum artificiel toutes les fois que la femme sera affaiblie par les hémorrhagies antérieures, soit que ce soit pendant la grossesse, pendant le travail ou après l'accouchement.

Nous trouvons aussi le conseil de commencer le traitement dans les cas de l'hémorrhagie insignifiante par l'injection vaginale d'eau chaude à 48° et surveiller la femme. Une fois que le pouls est au-dessus de 100; il faut intervenir.

Voici maintenant un court résumé de la méthode de M. Pinard.

« 1° Quand pendant la grossesse, ou le travail une hémorrhagie causée par l'insertion vicieuse du placenta se déclare et est assez grave pour produire une accélération du pouls telle qu'il dépasse 100; il faut intervenir.

2° L'intervention doit avoir pour but de faire disparaître la cause d'hémorrhagie et de hâter autant que possible l'expulsion du fœtus. La déchirure des membranes fera cesser la cause première et sera le plus souvent suffisante. L'introduction d'un ballon incompressible fera cesser la cause seconde, quand elle se produira c'est-à-dire empêchera la région fœtale de décoller directement le placenta en s'engageant et hâtera le travail.

3° Quand, ce qui arrive souvent, des hémorrhagies se produisent pendant la période de délivrance, soit avant, soit après l'expulsion ou l'extraction du placenta, recourir aux injections intrautérines prolongées avec de l'eau chaude à 48° ou 50°.

4° Quand la quantité de sang perdu a été considérable et détermine des symptômes d'anémie aiguë grave, recourir aux injections de serum salé pratiquées dans le tissu cellulaire avec des doses variant de 200 à 2.000 grammes suivant la gravité des cas. »

La méthode de M. Pinard est une méthode physiologique; elle est efficace, comme on le voit d'après les résultats, qui montrent la plus petite mortalité des femmes et des enfants. Mais elle est toujours possible? toujours applicable?

Elle est d'application facile chez les multipares; la grossesse avancée la facilite aussi; de même l'hémorrhagie. Cependant nous avons vu plusieurs auteurs anciens trouver parfois les plus grandes difficultés de pénétrer avec le doigt dans le col (Smellie, Baude-locque).

M. Pinard affirme qu'il n'a pas rencontré de cas où il serait impossible de pénétrer dans l'utérus.

Dans la thèse de M. Dylion nous trouvons les chiffres de Trask, de Muller et de Lomer, qui prouvent que les cas où la pénétration dans l'utérus est impossible se rencontrent de temps en temps.

Lomer sur 101 cas a constaté 14 fois la dilatation complète; 51 fois elle était suffisante pour permettre l'introduction de deux doigts, 13 fois pour permettre l'introduction d'un doigt. Or, dans 22 % la rupture des membranes serait impossible.

Muller n'a trouvé sur 531 cas que 342 fois une dilatation suffisante du col, pour permettre à une pénétra-

tion du doigt, dans 35 % des cas, la pénétration dans la cavité utérine était impossible.

M. Pinard lui-même s'exprime ainsi : « Dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours, on peut arriver avec un doigt introduit dans la cavité cervicale jusque sur les membranes ; dans quelques cas seulement on sera obligé d'introduire toute la main dans le vagin. »

Maggiar donne les résultats du traitement par la méthode de M. Pinard. Il compte tous les cas d'insertion vicieuse du placenta, qui se sont compliqués d'hémorragie : sur 3.938 cas il ne trouve que 4 cas de mort de mères ce qui donne 0,1 % de la mortalité maternelle. Mortalité fœtale 2,51 %. Ces chiffres sont plus éléphants que toutes les autres preuves et tous les éloges de la méthode de M. Pinard. Celle-ci n'a d'autre rivale, que la méthode de Braxton Hicks, qui, par sa grande mortalité fœtale est sans aucun doute beaucoup plus inférieur. Le chemin est tracé ; il ne nous reste plus qu'à le suivre. Mais nous ne devons jamais dire : nous voici arrivés, n'allons pas plus loin. Il est impossible de prévoir ce qui sera fait, mais dans l'état actuel la méthode de M. Pinard *par sa base physiologique, par son explication et par ses résultats présente tout ce qu'on a pu attendre de la science*. Elle a donné l'asile au nombre des femmes, qui sans cela seraient victimes de la mort.

CHAPITRE X.

Il nous reste encore à signaler plusieurs petits procédés, qui ont été préconisés par les divers auteurs ; leur valeur est à peu près nulle, ils ne reposent pour la plupart sur aucune base sérieuse, de sorte qu'on leur a rendu une justice parfaite en les condamnant à la mort dès leur apparition. Un des premiers qui se montre sur cette voie est Stevart. Cet auteur rejette la rupture des membranes et le tamponnement. Les petites hémorrhagies doivent être calmées d'après lui¹ par tels moyens, comme le repos, la glace sur l'abdomen, l'injection à froid de liquide astringents dans le vagin ; dans les hémorrhagies dangereuses, fortes, il est partisan de l'accouchement forcé ; mais avant de recourir à l'accouchement forcé ; mais avant de recourir à ce moyen il conseille (toujours dans les cas de danger) de recourir à l'opium. Si l'emploi de ce moyen dans pareilles circonstances peut à l'état actuel nous étonner, les doses qui ont été ordonnées par Stevart sont encore plus surprenantes : il commence par 100 gouttes de teinture d'opium pour une fois ; il répète même plusieurs fois cette dose de telle sorte que dans l'observa-

tion dont il parle page 261, la malade a pris 390 gouttes de teinture d'opium, c'est-à-dire un gramme d'opium pur par 24 heures, D'après Stevard l'opium est destiné à calmer les vomissements et les autres symptômes d'irritabilité.

Avec le procédé de Stevart peut concourir celui de Bunsen ; son traitement est au moins bizarre. Bunsen dans le sang, qui provenait d'hémorrhagie par placenta prævia a cru avoir trouvé un morceau de placenta, d'où il a conclu que la nature tend à l'élimination des parties du placenta, qui sont décollées. En appliquant cette idée au traitement, il fait l'avulsion partielle de la portion placentaire décollée ; et à mesure qu'une nouvelle partie devient flottante, il l'enlève encore. Bunsen en employant son procédé aux différentes époques de la grossesse, aurait non seulement arrêté la perte de sang, mais en même temps aurait permis à la grossesse de suivre son cours, et d'arriver à terme : moyen vraiment mystérieux non seulement par ses résultats mais aussi par son action qui comme tous les mystères sont en dehors de la région où règne notre cerveau.

Il est un peu plus difficile de se prononcer dans le même sens sur les auteurs suivants. Radfort étant un des précurseurs de la méthode de Simpson, conseillait l'emploi du galvanisme dans l'hémorrhagie par placenta prævia. Greenhalgh, son compatriote avec F. de Bili accoucheur italien étaient sans doute les plus logiques des auteurs dont nous nous occupons maintenant. Frappés par ce fait que dans le placenta prævia la

grossesse habituellement n'arrive pas à terme, ils se sont demandé s'il n'y aurait pas lieu d'intervenir plus tôt et tenter l'accouchement prématuré artificiel. Oldham à Dublin, Macdonald à Edimbourg et Gaillard Thomas en Amérique ont suivi leur conseil.

Enfin Seyfert en 1852 conseille l'emploi des injections d'eau froide contre les hémorrhagies dans les cas d'insertion vicieuse du placenta.

CONCLUSIONS

1 Les anciens connaissaient l'insertion du placenta sur le col de l'utérus. — De 1621 à 1761 règne sur la provenance du placenta praevia la théorie, d'après laquelle le placenta se sépare du fond de l'utérus et tombe sur le col; cependant déjà en 1685 Portal constata cliniquement l'insertion vicieuse du placenta, et Schacher (1709) Petit (1722) et Smellie (vers 1750) la constatèrent anatomiquement. Au temps de Levret le placenta praevia était déjà si bien connu, que cet auteur peut avoir plutôt le mérite de la vulgarisation des connaissances sur ce sujet, que des constatations nouvelles.

2. Depuis 1830 toute une série d'observateurs a remarqué, que l'insertion du placenta praevia dite « centre pour centre » n'existe pas; de plus grâce à Sirelius et plusieurs autres auteurs nous connaissons certaines particularités anatomiques du placenta praevia, qui sont d'une grande importance dans le traitement.

3. M. le prof. Pinard a enrichi la symptomatologie de l'insertion vicieuse du placenta d'un nouveau symptôme, ce qui a eu une grande influence pour le changement du traitement; il a montré, que l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus est fréquente, mais qu'elle cause rarement des hémorrhagies.

4. Les méthodes du traitement de Guillemeau, de Puzos et de Simpson ont déjà vécu; la méthode de Cohen ne s'est jamais vulgarisée; quant au tamponnement, il est banni

a) par la plupart des partisans de la méthode de raxton Hicks,

b) par les partisans de la méthode de M. le professeur Pinard,

c) par les promoteurs du traitement à l'aide de ballons (Barnès, Chassagny, Hamon). On peut même dire, que le tamponnement par ses méfaits a beaucoup contribué à la vulgarisation des autres méthodes du traitement d'insertion vicieuse du placenta; cependant le tampon sous diverses formes est encore preconisé tantôt par ses partisans exclusifs, tantôt par les éclectiques.

5. Parmi les méthodes du traitement on doit reconnaître l'originalité incontestable de la méthode de M. le professeur Pinard.

6. La méthode de M. le pr. Pinard est la seule, qui s'attaque à la cause même de l'hémorrhagie, elle est la seule physiologique.

L'exemple de Dührssen nous montre que l'évolution

graduelle de la méthode de Braxton Hicks va conduire ses partisans à reconnaître la méthode de M. le prof. Pinard comme incontestablement la meilleure et comme le traitement unique de l'insertion vicieuse du placenta.

Vu le Doyen :
BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse :
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. HIPPOCRATE. Œuvres complètes, liv. VII p. 493 et suiv.
2. AËTIUS Aëtū medici graeci contractæ ex veteribus medicinæ tetrabiblos hoc est quaternio, etc., p. 789 et suiv.
3. PAULI AEGINETÆ. Œuvres, p. 583 et suiv.
4. GALIEN. Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales.
5. AMBROISE PARÉ. Œuvres complètes, liv. II, p. 696 et suiv., 1585 a.
6. LOUISE BOURGEOIS. Observations diverses sur la stérilité, perte de fruit fécondé et accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés, p. 64 et suiv., 1609 et 1642 a.
7. GUILLEMEAU. De la grossesse et accouchement des femmes, p. 220, 229 et suiv , 1621 a.

8. MAURICEAU. Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont nouvellement accouchées, t. I., p. 171, 334., t. II, p. 450, 459, 479, 480, 633, — 1675 a.
9. PORTAL. La pratique des accouchements, p. 38, 142, 200, 207, 233, 291, 340, 362. — 1685 a.
10. PEU. La pratique des accouchements, p. 41 et suiv., 1694 a.
11. DIONIS. Traité général des accouchements, p. 262, 296 et suiv., 1718 a.
12. BRUNNERI. Dissertio de partu prænaturoli ob situm placentae supra orificium iut, riteri 1730.
13. FRIEDERICI. Disser. inaug. med. de uterina gravidarum hæmorrhagia 1732.
14. DEVENTER. Observations importantes sur le man. des acc., p. 63, 178, 145, — 1733.
15. LEVRET. L'art des accouchements 1753.
16. SMELLIÉ. Traité de la théorie et pratique des accouchements, (trad. Preville), 1754.
17. PUZOS. Traité des accouchements et le Mémoire sur les pertes de sang. 1759.
18. ASTRUC. L'art d'accoucher réduit à ses principes, 1761, 1766.
19. DE LA MOTTE. Traité complet des accouchements. 1763.
20. DELEURYE. Traité des accouchements en faveur des élèves. 1770.
21. BRAND. De secundis ambitui-ostū matricis. interni adfixis. Lugduni Batavorum, 1770.
22. LEBAS. Précis de doctrine sur l'accouchement 1780.

23. OSIANDER. Commentatio de causa insertionis placentaë in uteri orificium ex novis circa generationem humanam observationibus et hypothesebus declarata, 1792.
24. BAUDELLOCQUE. L'art des accouchements, 1807, (4^e édition).
25. LEROUX. Observations sur les pertes de sang des femmes en couche et sur le moyen de les guérir, 1810.
26.

{	STEVART. Traité sur les hemorrhagies utérines.	} <i>Traduit de</i> <i>M^{me} Boivin</i> <i>1816-1818</i>
{	RIGBY. Essai sur les hemorrhagies uter de la grossesse à terme.	
27. MAYGRIER. Nouveaux éléments de la science et de l'art des accouchements, 1817.
28. M^{me} LACHAPELLE. Pratique des accouchements, liv. II, sixième mem. 1825.
29. STOLZ. Considérations sur quelques points relat. à l'art des accouchements, 1826.
30. MEISSNER. Forschungen des XIX Fahrtunderts im Gebiete der Geburtshülfe, Frauenzimmer und Kinderkrankheiten. 1833.
31. VELPEAU. Traité complet de l'art des accouchements. 1835.
32. MOREAU. Traité pratique d'accouchements, 1841, 1838.
33. KILIAN. Die Geburtslehre von Seiten der Wissenschaft und Kunst, 1872.
34. HOHL. Vorträge ueber die Geburt des Menschen, 1845, p. 81.

35. JACQUEMIER. Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées, 1846.
36. HOLST. Der verliegende Mutterkuchen insbesondere nebst Untersuchungen über den Bau, etc. (Monatsch. f. Geb. u. Fr.), 1853.
37. COHEN. Meine méthode bei pl. pr. centralis.
38. BRAXTON HICKES. On combined ext. and intern. version. Trans. of the obst. soc. of Lond, 1863. (*Traduction de M^{lle} Dylion*).
39. SIRELIUS. De plac. pr. de sa nature et de son traitement. Arch. gen. de med. 1861.
40. MICHALON. Des insert. vic. du plac. et des indications qu'on en découle. Th. de Paris, 1869.
41. DURRUTY. Etude sur les insertions vicieuses du pl. Th. de Paris 1872.
42. BAILLY. De la conduite à tenir après l'application du tampon dans les cas d'insertions vicieuses du placenta. *Gazette des hôpitaux* 1873.
43. JUDELL. Ueber pl. prævia, Arch. f. Gynaek, 1874.
44. CAZEAUX. Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 1874.
45. SIMPSON. Clinique obstétricale et gynécologique. (Tr. Chantreuil), 1874.
46. DUNCAN. Die spontane Trennung des Kuchens bei pl. prævia. Arch. f. Geb. u. Gyn., liv. VI, 1874.
47. MARTIN Ed. Physiologische Lage und Gestalt der Gebärmutter, p. 396. Zeitschr. f. Geb. u. G. 1. I, 1876.
48. BANDL. Ueber das Verhalten des Uterus und der Cervix am Ende der Schwangerschaft. Arch. f. Geb. u. Gyn. 1876, p. 397.

49. KUSTNER. Womit ist das untere Uterinsegment Schwangerer ausgekleidet und wohin verlegt das Mikroskop den inneren Muttermund am graviden und puerperaten Uterus. Centralblatt f. Gynaek, 1877.
50. SCHROEDER. Ueber die Bedeutung des Blasensprunges bei pl. pr. lateratis, 1877.
51. SPIEGELBERG. Lehrbuch der Geburtshilfe, 1878, p. 391.
52. KUSTNER. Beitrag zur Anatomie der Cervix Uteri während der Schwangerschaft und des Wochenbettes, 1879. Arch. f. Gynaek.
53. S. ENGER. Zum anatomischen Beweise für die Erhaltung der Cervix in der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. 1879.
54. LANGHANS et MULLER. Weiterer anatomischer Beitrag zur Frage vom Verhalten der Cervix wahr. der Schwang. Ar. f. Gyn. 1879.
55. MARCHAND. Noch einmal das Verhalten der Cervix uteri in der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. 1879.
56. CHANTREUIL. Hemorrh. par inser. vic. du pl., Fr. médicale 1879.
57. CHASSAGNY. Insertion vic. du pl., etc. France med. 1879.
58. DEPAUL. Journ. des sages-femmes, 1879.
59. HAMON. Ibidem, 1879, aussi les art. de Marcailhou, de Patoir.
60. TRECHSEL. Über pl. pr. Correspondenzblatt f. Aerzte 1879.
61. PLAYFAIR. Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 1879.

62. Nouveau Dict. de méd. et de chir. 1880, liv. 28, p. 47 à 53.
63. DEPAUL. Pilat, J. D. S. F., 1880.
64. PILAT. Bull. méd. du Nord, 1880. Quelques cas d'ins. vic. du placenta.
65. NAEGELE et GRENSER. Traité pratique de l'art des accouchements, 1880.
66. BITOT. Contrib. à l'étude du mécanisme et du trait. de l'hémorrhagie liée à l'ins. vic. du pl. Th. de Paris, 1880.
67. DORAIN. De l'hémorrhagie des trois derniers mois de la grossesse, etc. Th. de Paris. 1880.
68. KUCHER. Ueber den Kuenstlichen Blasensprengung bei plac. prævia lateralis. Wiener Medicinische presse 1880.
69. SCHATZ. Verh. der gynak section der 56 Versam, deutsch. Naturforscher 1883. Ueber das os uteri internum. Arch. f. G. 1883.
70. DIETERLEN. Deux observ. de pl. pr. France méd. 1881.
71. HOFMEIER. Zur Behandlung der pl. pr. Zeitsch f. G. u. G. 1882.
72. BEHM. Du combinirte Wendung bei pl. pr. Zeit. f. G. u. G. 1883.
73. PLUYETTE. Aperçu historique sur l'ins. vic. du pl. Th. de Paris, 1883.
74. LACAILLE. De l'ins. du pl. dans ses rapp. avec la durée de la grossesse, etc. Th de Paris 1883.
75. GAUTIER. Procédé de Braxton Hicks. Revue méd. de la Suisse R., 1884.

76. SIPPEL. Zur Behandl. der pl. pr. Centralbl. f. Gyn. 1884.
77. LAHS. Was heisst Unteres Uterinsegment 1884. Arch. f. Gyn.
78. PINARD et VARNIER. Atlas d'anatomie obstetricale.
79. PINARD. Des modifications du col de l'utérus pendant la grossesse, Semaine méd. 1886.
80. PINARD. De la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain. Annales de gynec. 1886.
81. DEGOUL. De la version par manœuvres combinées. Paris 1885.
82. WALTHER. Zur aseptischen Tamponade der Cervix bei pl. prævia, Centralbl. f. Gyn. 1885.
83. DOLERIS. De la Version podalique partielle par manœuvres internes et ext. comb. Annales de gynec. 1885.
84. BAYER. Ueber pl. prævia. Arch. f. g. 1886.
85. CHENEVIÈRE. Placenta prævia. Revue méd. de la Suisse R. 1886.
86. AUVARD. Thèse d'aggrégation. 1886.
87. STAPFER. De la conduite à tenir dans le cas d'ins. vic. du placenta. Union médicale 1886.
88. SCHROEDER. Schwangere und Kreissende Uterus. Hofmeier-Das untere uterinsegment in anatomischer und physiologischer. Beziehung, 1886.
89. AHLFELD. Die Tamponade bei pl. prævia. D. M. N. 1887.
90. VARNIER. Le col et le segm. inf. de l'utérus à la fin de la grossesse, pendant et après le travail d'accouchement. Annales de gyn. 1887.

91. PINARD. Traitement de l'inser. vic. du pl. Echo méd. 1888.
92. VARNIER. Revue prat. d'obst. et de pediat. 1888 : Hemorrhagie de la fin de la grossesse et du travail dues à l'insertion vic. du pl. sur le seg. inf. de l'uterus.
93. AUVARD. Version par manœuvres mixtes. Bull. méd. 1887.
94. BREISKY. Ueber pathologie und Thérapie der pl. pr. Centralbl. f. gesammte Thérapie 1887.
95. DEMELIN. Documents pour servir à l'histoire anatomique et clinique du segm. inf. de l'uterus. Paris 1888.
96. MIRASSON-NOUQUÉ. Considér. sur quelques dispos. du plac. dans son insertion vicieuse. Paris 1888.
97. OBERMANN. Ein Bertrag zur Behandel der pl. pr. Arch. f. Gyn. 1888.
98. NORDMANN. Zur Statistik und Th. der pl. pr. Arch. f. g. 1888.
99. LOMER. Ueber combinirte Wendung in der Behan. der pl. pr. Berl. Kl. Woch. 1888.
100. REY. Inser. du pl. sur le seg. inf. de l'uterus. Nouvelles arch. d'obs. et de gynec. 1888.
101. HOFMEIER. Ueber pl. prævia. Verh. d. deut. ges. f. Gyn. 1888.
102. PANDELE. De l'hémorrhagie dans les cas de pl. pr. lorsque le fœtus est mort et macéré. Paris 1889.
103. WYDER. Zur Behan. der pl. pr. Corresp. f. schw. Aer. 1890.
104. SACK. Zur Therapie und Aetiologie der pl. pr. Centralbl. f. G. 1890.

105. ANDRY. Du tampon intrauterin après la délivrance en cas de pl. prævia. Arch. de tocol 1890.
106. RADZISZEWSKI. Pl. prævia. Medycyna 1890.
107. HOFMEIER. Die menschliche placenta : Zur Anatomie und Aetiologie der pl. prævia. Wiesbaden 1890.
108. KALTENBACH. Zur pathogenese der pl. prævia. Zeif. t. G. u. G. 1890.
107. PINARD. Conduite à tenir dans le cas d'inser. vic. du pl. Union méd. 1890.
110. STAPFER. Intervention dans un cas d'insert. vic. du pl. Union méd. 1890.
111. SCHRADER. Zur pathogenese der pl. prævia. Zeit. f. G. u. G. 1890.
112. BRAUNE U ZWEIFEL. Gefrierdurchschnitte in system. Anord., etc. 1890.
113. Mlle DYLION. De l'ins. vic. du pl. Paris 1890.
114. KEILMANN. Zur Klarung der Cervixfrage. Zeit. f. Geb. u. G. 1871.
115. AHLFELD. Die Entstehung der pl. pr. Zeit. f. G. u. G. 1891.
116. FREAL. De la procidence du cordon omb. dans l'insertion vic. du pl. Paris 1891.
117. EVERKE. Ueber die Behandl der pl. pr. Therap. Monatsheft 1891.
118. TARNIER. Hemorrh. par l'inser. vic. du pl. J d. s. f. 1892.
119. DAVIDSON. Ueber die art. uter und das untere Uterins. 1892.
120. Soc. obs. de France. Nouv. arch. d'obs et de gyn. 1892.

121. COEN. Dystocie par rigidité du col et pl. pr. Nouv. arch. d'ob. 1892.
122. I congrès intern. de Bruxelles 1892: Berry Hart, Gellé. Nouv. Arch. d'obs. 1892.
123. VARNIER. De l'emploi du ballon dilatateur de Cham. de Ribes dans quelques cas d'ins. vic. du plac. Revue pr. d'obs. et de ped. 1892.
124. TARNIER. J. d. s. f. 1893.
125. RUEDER. Zwolf Folle von pl. pr. Munchen. Méd. Woch. 1893.
126. STEIN. Ein Geburtsfall. Prager méd. Woch. 1893.
127. STRATZ. Ueber plac. prævia. Zeit. f. G. und G. 1893.
128. BISHOP. Blutungen post partum und ihre Behand mittels compression der Aorte. Allg med. cent. Zeit. 1893.
129. DUHRSEN. Ueber die Behandlung der pl. pr. mittels intrauteriner Kolpeuryse. D. M. W. 1894.
130. TARNIER Hemorrh. par ins. vic. du pl. Bullet. méd. 1894.
131. HOFMEIER. Zur Entstehung der pl. pr. Zeit. f. G. u. G. 1894.
132. AHLFELD. Kritisches Besprechung einiger neueren Arbeiten geburf. Inh. Zeit. f. G. u. G. 1894.
133. PINARD. Bullet. médic. 1894.
134. OUI. De la rupture premat. et de la rupture précoce spontanée des membranes. Revue pr. d'obs. et de ped. 1894.
135. HOFMEIER. Zur Nomenklatur der pl. pr. Centralbl. f. G. u. G. 1895.
136. KEILMAN. Die Entwicklungsbeding de. pl. pr. Z. f. G. u. G. 1895.

137. ALB-EL-NOUR. Les méfaits du tampon vag. dans pl. prævia. Paris 1895.
138. MAGGIAR. De la fréquence de l'ins. du pl. sur le seg. inf. de l'uterus et de ses accidents. Paris 1895.
139. PINARD. Des hemorrhagie causées par l'insertion vicieuse du plac. et de leur traitement. Bul. méd. 1896.
140. HERTWIG. Traité d'embryologie, 1891.
141. RIBEMONS DESSAIGNES et LEPAGE. Précis d'obstetrique 1896.

